

Informatie over de kostprijs

1. De kamerkeuze en de financiële gevolgen

A. De verblijfskosten (verpleegdagprijs)

Verblijfskosten zijn de kosten die rechtstreeks verband houden met het ziekenhuisverblijf (kamer + verzorging). De prijs varieert afhankelijk van de patiënt zijn kamerkeuze.

Iedere verzekerde patiënt betaalt enkel het remgeld op de verblijfskosten. Hoeveel dat remgeld bedraagt is wettelijk bepaald en hangt van een de verzekeraarbaarheid van de patiënt. De tussenkomst (remgeld) van een gewoon verzekerde zonder personen ten laste bedraagt:

Kamer	Prijs 1 ^{ste} dag	Prijs dag 2 tot en met 90	Prijs vanaf dag 91
Eénpersoonskamer	€ 43,84	€ 16,57	€ 16,57
	Supplement kamer: € 45/dag Supplement erelonen: 150% op onderzoeken, behandelingen en toezicht		
Meerpersoonskamer	€ 43,84	€ 16,57	€ 16,57
	Accomodatieforfait: € 5,5/dag		
Eenpersoons op de kinderafdeling	€ 33,16	€ 5,89	€ 5,89
	Supplement kamer: € 45/dag Supplement erelonen: 150% onderzoeken, behandelingen en toezicht		
Meerpersoonskamer of box op de kinderafdeling	€ 33,16	€ 5,89	€ 5,89
	Geen accommodatieforfait		

De prijzen hierboven zijn lager indien u een persoon ten laste heeft of in geval van verhoogde tegemoetkoming (exacte prijzen zijn vermeld op de website).

Op meerpersoonskamers wordt een **accomodatieforfait** aangerekend voor een aantal diverse kosten zoals de huur van een telefoontoestel, koelkast, dranken, tv, ongeacht of u hiervan gebruik maakt. (Uitzondering: IZ, palliatieve zorgen en pediatrie). In een éénpersoonskamer zit dit in het **kamersupplement**.

B. Het ereloon en het ereloonssupplement

De artsen rekenen **per prestatie een ereloon** aan. Een deel van dit ereloon is ten laste van het ziekenfonds. Het remgeld is voor rekening van de patiënt.

Bovenop het ereloon betaalt de patiënt een **supplement voor een verblijf op een éénpersoonskamer**. **Tenzij u daar buiten uw wil verblijft bijvoorbeeld omdat er geen andere kamer ter beschikking is**. Het ereloonssupplement bedraagt 150%. Enkel voor esthetische ingrepen is het ereloonssupplement 300%. **Ereloonssupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt. Het ziekenfonds betaalt hierop niets terug.**

Voorbeeld:

Stel dat een ingreep volgens het wettelijke tarief € 100 kost. Hiervan krijg je van het ziekenfonds € 75 terug. Je persoonlijk aandeel bedraagt dan nog € 25.

Als je arts een honorariumsupplement van 150% aanreken, betaal je € 275: € 25 remgeld en € 250 ereloonssupplement. En dit voor alle verstrekkingen (verstrekkingen van de toezichthoudende arts, de chirurg, de anesthesist, etc.)

C. Apotheekkosten: geneesmiddelen en implantaten

Elke patiënt betaalt een vast bedrag van € 0,62 per dag voor de terugbetaalbare geneesmiddelen.

De patiënt betaalt een supplement en 10% op de totale kostprijs van terugbetaalbare implantaten, prothesen en medische hulpmiddelen. Voor endoscopisch materiaal betaalt de patiënt 90% van de tarieven en 10% op de afleveringsmarge (met een grensbedrag van € 148,74). De arts zal u bij gebruik hiervan vooraf op de hoogte brengen. **De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, producten, implantaten, prothesen en medische hulpmiddelen worden volledig aangerekend aan de patiënt.**

D. Andere leveringen en diverse kosten

Bloed, bloedderivaten, gipsmateriaal, radio-isotopen, ... zijn gedeeltelijk of volledig ten laste van de patiënt.

Diverse kosten zijn producten die niets met de medische zorg te maken hebben, zoals telefoonkosten, extra flessen drinkwater en rooming-in. De lijst met diverse kosten is beschikbaar op de website.

2. Het voorschot

Uitzonderlijk wordt in het A.S.Z. een voorschot gevraagd. Enkel indien u niet aangesloten bent bij een ziekenfonds en in geval van niet-terugbetaalde esthetische ingrepen. Het voorschot wordt betaald aan de arts zelf of bij de **dienst debiteuren**.

3. De conventiestatus van de arts en de financiële gevolgen hiervan

In België geldt het systeem waarbij tarieven worden afgesproken tussen de artsen, de ziekenfondsen en de overheid. De lijst met de conventiestatus per arts is ter beschikking aan het onthaal.

4. De derdebetalersregeling en de hospitalisatieverzekering

U betaalt alleen het bedrag dat voor uw rekening is (het persoonlijk aandeel) bij een opname. Tenminste wanneer u bent aangesloten bij een ziekenfonds en volledig in orde bent met de ziekteverzekering.

Wij adviseren om indien u een hospitalisatieverzekering heeft, uw verzekeraar te contacteren vóór de opname om na te gaan. Vooral als u kiest voor een éénpersoonskamer om na te gaan of de kamer en de bijkomende erelonen en supplementen gedekt worden. Afhankelijk van de verzekeraar, worden facturen rechtstreeks aan de verzekeraar of rechtstreeks aan de patiënt gericht.

5. Wanneer en hoe moet u de factuur betalen?

Ongeveer 1 à 2 maanden na ontslag uit het ziekenhuis ontvangt u de factuur. U dient de factuur binnen de 30 kalenderdagen te betalen. **De factuur bestaat uit altijd uit 2 exemplaren.** Het is tevens mogelijk dat extra onderzoeken tijdens het verblijf apart worden gefactureerd. Ook voor een opname via de spoedgevallen, volgt een aparte afrekening.

6. Wenst u een prijsraming?

Met al uw vragen over de ziekenhuiskosten kan terecht bij de dienst facturatie. Aarzel niet om bij de dienst facturatie een kostenraming te vragen voor uw situatie.

Telefonisch: 053 76 68 59 of 053 76 68 60

Per e-mail E facturatie@asz.be

Let op! Prijsramingen worden enkel ter informatie meegedeeld en zijn in geen geval bindend. De uiteindelijke werkelijke kostprijs kan m.a.w. variëren.

7. Verwacht u betalingsproblemen of bent u niet aangesloten bij en Belgisch ziekenfonds?

Contacteer de dienst debiteuren. De dienst debiteuren zal samen met u de mogelijkheden om de kosten te drukken bekijken of een afbetalingsplan voorstellen.

8. Al deze info vindt u terug op www.asz.be