



noorder
hart excellente
zorg

MARIAZIEKENHUIS
INFOBROCHURE

INFORMATIE OVER UW ZIEKENHUISFACTUUR

Beste mevrouw, meneer,

Na uw ziekenhuisopname krijgt u een ziekenhuisfactuur. Ervaring leert dat dit geen eenvoudig document is en soms bijkomende uitleg vraagt.

Belangrijk om weten is dat al onze facturen opgesteld worden volgens de huidige RIZIV-reglementering. Onze tarieven zijn gebaseerd op de bijhorende overeenkomsten.

U hoeft bij het verlaten van het ziekenhuis niets te betalen. Twee maanden na uw hospitalisatie krijgt u een factuur van ons. Wij vragen u om deze binnen de 30 dagen na verzenddatum te betalen. Bent u bij een ziekenfonds aangesloten? Dan betaalt u enkel nog de remgelden en de supplementen van uw verblijf. De overige kosten worden rechtstreeks met het ziekenfonds geregeld.

De bedragen op uw factuur zijn wel afhankelijk van de verzekeringstoestand bij uw ziekenfonds. Meer informatie hierover krijgt u bij uw ziekenfonds.

Als u niet of niet geldig aangesloten bent bij een ziekenfonds, moet u er rekening mee houden dat u het volledige bedrag van de ziekenhuisfactuur zelf moet betalen.

Graag overlopen wij in deze brochure de verschillende onderdelen van uw ziekenhuisfactuur aan de hand van een voorbeeldfactuur op de volgende pagina's.

RIZIV-nummer : 710/719/97/000

KBO-nummer : 0445662144

Telefoonnummer : 011826000

Factuurnummer : **1234567890**

Datum factuur : 01-01-20XX

Verzenddatum : 01-01-20XX

Opnamennummer : 0987654321

Dossiernummer : 0009876

Verzorging van : 12-12-20XX

Verzorging tot : 12-12-20XX

Vermeld bij vragen altijd het factuur- en opnamennummer

NAAM
ADRES
WOONPLAATS

Ziekenfonds : 123456:
NISZ nummer 98765432198
Code gerechtigde XXX XXX

De periode waarop de factuur betrekking heeft

SAMENVATTING VAN DE KOSTEN

1. Verbljfs- of revalidatiekosten Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf	...
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)	...
3. Apotheek - geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	...
4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers) Uw aandeel voor honoraria	...
5. Andere leveringen	...
6. Dringend ziekenhuisvervoer	...
7. Diverse kosten	
8. BTW	...
Totaal van de kost ten laste van de patiënt	...
Aan uw ziekenfonds of andere instelling wordt XXXX euro aangerekend.	
Te storten op rekening van het ziekenhuis: BE96734067240005 BIC: KREDBEBB	...

Voornaam
 FAMILIENAAM
 NISZ nr.

MEDEDELING :

Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de vertrekkingen: raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Zie pagina 10 voor
 bijkomende toelichting



1. Verblifskosten				kolom 1	kolom 2	kolom 3	
1.1. Verblifskosten hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis of partiële hospitalisatie in psychiatrie				Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
Dienst(e)n	Van ../. /...- uur	Tot ../. /...- uur		.....		
Kosten voor verblijf	.....	.....		.....	.....	PA	
Eenpersoonskamer	.....	.....		.....	.....		.....
Collectief vakantiecamp	.....	.....		.....	.....	PA	
1.2. Verblifskosten daghospitalisatie					Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
1.2.1. Dringende verzorging in een ziekenhuisbed, en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via intraveneus infuus	.....					
Eenpersoonskamer							.....
1.2.2. Maxiforfait, forfaits dagziekenhuis en chronische pijn	.....				.....
Eenpersoonskamer							.....
1.2.3. Gipskamer	.....				.....
1.2.4. Manipulatie poortkatheter	.....				.....
1.3. Forfait hemodialyse - peritoneale dialyse	.....	.....		.....	.....	-..... (5)	
1.4. Revalidatie	.....	.....		.....	.....	PA	
1.5. Forfait voor nabehandeling revalidatie	.....	.....		.....	.....
Subtotaal 1 - Verblifskosten					.....	.....	.....

	Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)				
Klinische biologie		PA	
Medische beeldvorming		PA	.....
Medische wachtdienst en technische verstrekkingen		PA	
Geneesmiddelen: forfait per opname forfaitair persoonlijk aandeel per dag	PA	
Subtotaal 2 - Forfaitair aangerekende kosten	

	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
3. Apotheek: geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen					
3.1. Geneesmiddelen					
Vergoedbare geneesmiddelen					
Bedrag geneesmiddelen volledig ten laste van ziekenfonds				
Bedrag geneesmiddelen deels ten laste van de patiënt					
Naam product:	PA	
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product:		AB	
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
Naam product:		AB	
3.2. Para farmaceutische producten					
Naam product:		AB	
3.3 Implantaten, prothesen, niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
Vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (8) 	PA	.....
Afleveringsmarge implantaten (6)				PA	
Veiligheidsgrens implantaten (7)				PA	
Niet-vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (8) 		AB	
Subtotaal 3 - Apotheek		

	Datum	Code (9)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)						
Vergoedbare honoraria						
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds					
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>						
Omschrijving (9)	PA	.....
Honoraria volledig ten laste van de patiënt						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>						
Omschrijving		AB	
Subtotaal 4 - Honoraria zorgverleners			

			kolom 1	kolom 2
5. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving andere leveringen	AB
Subtotaal 5 - Andere leveringen		

6. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km	AB
Bedrag voor de 11de tem de 20ste km	AB
Bedrag vanaf de 21ste km	AB
Forfait gebruik elektroden	AB
Ander ziekenvervoer met tegemoetkoming	AB
Ander ziekenvervoer zonder tegemoetkoming	AB
Subtotaal 6 - ziekenvervoer		

7. Diverse kosten	Code	Aantal		Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving diverse kosten		AB
Subtotaal 7 - Diverse kosten			

8. BTW op esthetische ingrepen	Code	EXCL. BTW	%	BTW	Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (3)
.....		AB
Subtotaal 8 - BTW	

kolom 3

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement (4)
TOTAAL	.....	.....	.....
TOTAAL door patiënt te betalen	Totaal kolom 2 en kolom 3 →		.....
Reeds betaald voorschot op datum van ..../../....			.....
Aangerekend aan een derde door het ziekenhuis			.....
Nog te betalen/terug te krijgen			.....

Te storten op rekening van Noorderhart Mariaziekenhuis BE96 7340 6724 0005	Door u te betalen →
--	----------------------------

- Aangezien u dit kalenderjaar het plafondbedrag voor de maximumfactuur bereikt heeft, worden o.a. de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dit kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds.
Uitzondering : persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijs vanaf de 366^{ste} dag opnemng in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Forfaitaire aangerekende kosten zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet de patiënt van geen van deze prestaties.
- De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria) en 'overige bedragen' (rubrieken "Diverse kosten" en "Andere leveringen").

- (4) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Deze bedragen zijn een gevolg van de keuze voor een één persoonskamer. Deze bedragen zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (5) Vergoeding door het ziekenhuis van verhoogde kosten patiënt voor water, elektriciteit en telefoon die door dia thuis worden veroorzaakt.
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding, bestemd voor de ziekenhuisapotheker die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz...
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis waarmee het maximum aan te rekenen bedrag van sommige medische hulpmiddelen wordt bepaald.
- (8) Notificatie: de notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. De registratie is een voorwaarde om het implantaat aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds (uitzondering tandimplantaten)
- (9) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomensoft" die beschikbaar is op de website <http://www.Riziv.fgov.be>

1. Hoe ziet de factuur voor een opname eruit?

Enkele maanden na uw ontslag uit het ziekenhuis ontvangt u de ziekenhuisfactuur. Elk ziekenhuis is wettelijk verplicht hetzelfde formulier te gebruiken. De factuur bestaat uit vier delen.

DEEL 1: IDENTIFICATIEGEGEVENS

- Identificatiegegevens van het ziekenhuis: zoals naam en Riziv-nummer.
- Uw identificatiegegevens: zoals uw naam, periode van uw verblijf, uw inschrijvingsnummer bij het ziekenfonds en uw patiëntnummer.

DEEL 2: SAMENVATTING VAN DE KOSTEN

Dit document bevat per rubriek het totaal van de kosten die u zelf dient te betalen. De verschillende rubrieken worden toegelicht in deel 3. Onderaan de samenvatting vindt u het totaalbedrag dat wordt aangerekend aan uw ziekenfonds en het totaalbedrag dat u zelf moet betalen.

DEEL 3: DETAIL PATIËNTENFACTUUR

Het detail van de patiëntenfactuur is onderverdeeld in 8 rubrieken. U vindt voor iedere rubriek telkens volgende bedragen terug:

- Ten laste van het ziekenfonds (kolom 1): deze kosten worden rechtstreeks met het ziekenfonds geregeld.
- Ten laste van de patiënt (kolom 2): voor bepaalde verstrekkingen komt het ziekenfonds niet of niet volledig tussen en betaalt u respectievelijk een 'ander bedrag' (AB) of een 'persoonlijk aandeel' (PA) (remgeld). Deze kosten worden vermeld in de kolom "ten laste van de patiënt".
- Supplement (kolom 3): in deze kolom vindt u de bedragen die een gevolg zijn van de keuze voor een éénpersoonskamer. Deze kosten dient u zelf te betalen.

1. VERBLIJFSKOSTEN

Dit zijn de kosten van uw verblijf. Deze kosten bestaan uit:

- Persoonlijk aandeel in de verblijfskosten in het ziekenhuis: het persoonlijk aandeel is wettelijk bepaald, ongeacht uw kamerkeuze.
 - Deze kosten betaalt u zelf.
- Kamersupplementen (meer info: zie p. 13):
 - Éénpersoonskamer: tussen 58 euro en 69 euro per dag
 - Meerpersoonskamer: geen kamersupplementen
 - Deze kosten betaalt u zelf.

2. FORFAITAIR AANGEREKENDE KOSTEN

Dit zijn forfaitaire honoraria per opname en per dag voor klinische biologie, medische beeldvorming, medische wachtdienst, technische verstrekkingen en geneesmiddelen. Deze forfaits worden aangerekend aan elke patiënt, ook als u hiervan geen gebruik hebt gemaakt.

In onderstaande tabel vindt u voor de verschillende forfaits het persoonlijk aandeel van de patiënt ongeacht het kamertype.

	RECHTHEBBENDEN MET VERHOOGDE TEGEMOETKOMING		ANDERE RECHTHEBBENDEN	
	Forfait per opname	Forfait per dag	Forfait per opname	Forfait per dag
Klinische biologie	€ 0	€ 0	€ 7,44	€ 0
Medische beeldvorming	€ 1,98	n.v.t.	€ 6,20	n.v.t.
Medische wachtdienst en technische verstrekkingen	€ 0	n.v.t.	€ 16,40	n.v.t.
Geneesmiddelen	€ 0	€ 0,62	€ 0	€ 0,62

n.v.t. = niet van toepassing

3. APOTHEEK

Afhankelijk van wat u gebruikt tijdens uw verblijf, vindt u volgende zaken op uw factuur.

Geneesmiddelen:

- Vergoedbare geneesmiddelen:
 - Volledig ten laste van het ziekenfonds: dit zijn de geneesmiddelen die het ziekenfonds volledig terugbetaalt.
 - Deels ten laste van de patiënt: dit zijn geneesmiddelen waarvan het ziekenfonds een gedeelte terugbetaalt.
- Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt: dit zijn de geneesmiddelen die het ziekenfonds niet terugbetaalt (geneesmiddelen categorie D en eventueel buitenlandse geneesmiddelen).

Parafarmaceutische producten

Dit zijn producten uit de ziekenhuisapotheek die geen farmaceutische specialiteiten zijn, bijvoorbeeld zalf om de huid te hydrateren. Ook paramedische producten zoals anti-emboliekousen of een loopvoet voor gips vindt u hier terug.

Implantaten, prothesen, niet implanteerbare medische hulpmiddelen

Dit is de kostprijs voor bijvoorbeeld intra-oculaire lenzen, heup- of knieprotheses, netjes in kunststof, platen en schroeven. De meeste implantaten en prothesen worden slechts deels betaald door het ziekenfonds. Het verschil moet u zelf betalen. Ook kunt u hier een bedrag 'afleveringsmarge' terugvinden. Dit bedrag is 10% van de kostprijs met een maximum van 148,74 euro. Deze kosten betaalt u zelf.

4. HONORARIA VAN ZORGVERLENERS

Hier staan alle verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen vermeld.

- Vergoedbare honoraria:
 - Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds: honoraria waarvoor u als patiënt niets betaalt.
 - Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds: honoraria waarvoor u remgeld en/of supplementen betaalt.
- Honoraria volledig ten laste van de patiënt: honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen die u volledig zelf dient te betalen.

5. ANDERE LEVERINGEN

Hier vindt u onder andere de kosten voor bloed, bloedplasma en gipsverbanden.

6. ZIEKENVERVOER

Indien u tijdens uw verblijf gebruik heeft gemaakt van ziekenvervoer, vindt u in deze rubriek de hieraan verbonden kosten terug.

7. DIVERSE KOSTEN

Hier staan kosten waarvoor het ziekenfonds niet tussenkomt. Het zijn kosten zoals telefoon, drank en toiletartikelen waar u tijdens uw verblijf gebruik van gemaakt heeft.

8. BTW

In deze rubriek worden de verstrekkingen vermeld waarop de BTW-regelgeving van toepassing is:

- Esthetische ingrepen
- Niet-therapeutische raadplegingen en ingrepen

DEEL 4: TOTALEN

Hier vindt u:

- Het totale factuurbedrag opgesplitst in het gedeelte ten laste van het ziekenfonds, het gedeelte ten laste van de patiënt en het gedeelte van de aangerekende supplementen ten gevolge van de keuze voor een éénpersoonskamer.
- Het totaalbedrag dat u zelf moet betalen (som van bedrag ten laste van de patiënt en supplementen).
- Reeds betaald voorschot: enkel van toepassing indien u op voorhand een voorschot heeft betaald.
- Aangerekend aan een derde: hier vindt u de bedragen die rechtstreeks aan het ziekenhuis worden betaald door bijvoorbeeld uw private hospitalisatieverzekering, fonds voor arbeidsongevallen, fonds voor beroepsziekten...
- Het totaalbedrag dat u moet betalen

2. Hoe ziet de factuur voor een dagopname eruit?

De factuur voor een dagopname is dezelfde als deze voor een opname. Bovenstaande informatie is dus ook van toepassing op deze factuur.

Voor ingrepen die vallen onder dagopname, maken we een onderscheid tussen:

- Chirurgisch dagziekenhuis

Het verblijf wordt aangerekend zoals bij een gewone opname: een bedrag per opname en een bedrag per verpleegdag ten laste van het ziekenfonds. U betaalt geen persoonlijk aandeel.

→ Ook hier heeft uw kamerkeuze gevolgen voor de kostprijs van uw verblijf.

- Daghospitalisatie

Er wordt een vast bedrag (forfait) aangerekend. U betaalt geen persoonlijk aandeel. Het aangerekende forfait is afhankelijk van de ingreep. Het gipsforfait valt ook onder deze rubriek.

→ Ook hier heeft uw kamerkeuze gevolgen voor de kostprijs van uw verblijf.

3. Ereloon- of kamersupplement

ERELOONSUPPLEMENTEN

Ereloonsupplementen moet u volledig zelf betalen tenzij u over een bijkomende hospitalisatieverzekering beschikt die deze kosten dekt. Bij twijfel informeert u best bij uw verzekering. Ereloonsupplementen kunnen variëren van 0 tot 150%.

Vraag aan uw behandelende arts uitleg over de ereloonsupplementen die hij zal aanrekenen. Vraag ook of hij gebruik zal maken van materiaal dat u geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.

Voor uw verblijf in het ziekenhuis kunt u kiezen tussen drie kamertypes. Afhankelijk van uw kamerkeuze kan al dan niet een ereloonsupplement aangerekend worden:

- Een eenpersoonskamer:
 - De arts mag een ereloonsupplement van 150% aanrekenen.
- Een tweepersoonskamer:
 - De arts mag geen ereloonsupplement aanrekenen.
- Een gemeenschappelijke kamer (4 personen):
 - De arts mag geen ereloonsupplement aanrekenen.

Deze ereloonsupplementen gelden voor de behandelende arts, maar ook voor andere artsen die bij uw ingreep of behandeling betrokken zijn.

KAMERSUPPLEMENTEN

De kamerkeuze heeft ook gevolgen voor de kostprijs van uw verblijf. De kwaliteit van de verzorging is dezelfde, voor welke kamer u ook kiest.

- Een eenpersoonskamer:
 - Kamersupplement tussen 58 en 69 euro per dag
- Een meerpersoonskamer:
 - Geen kamersupplement

Bij opname vraagt een medewerker naar uw kamerkeuze. Uw keuze wordt aangeduid op het opnameformulier. Dit formulier moet u ondertekenen. Daardoor gaat u akkoord om de eventuele supplementen verbonden aan uw kamerkeuze te betalen.

4. Betaalt het ziekenfonds een deel van de kosten?

Als u in orde bent met uw ziekenfonds, worden de kosten van uw ziekenhuisopname gedeeltelijk door het ziekenfonds en gedeeltelijk door uzelf betaald. De rekening wordt naar beiden gestuurd. U betaalt enkel het remgeld en de bedragen die het ziekenfonds niet terugbetaalt. Dit noemen we de ‘derdebetalersregeling’.

Als u niet aangesloten bent bij een ziekenfonds of als u niet in orde bent met uw verzekeraar, moet u alles zelf betalen.

Bij bepaalde ingrepen komt het ziekenfonds niet tussen in de kosten. Voor meer informatie hierover kunt u terecht bij uw ziekenfonds.

5. Komt de verzekering tussen in de kosten?

Heeft u een **hospitalisatieverzekering**?

Informeer dan vooraf bij uw verzekeringsmaatschappij welke kosten zij terugbetalen. U wilt natuurlijk niet voor verrassingen komen te staan.

Let op!

Een **arbeidsongevallenverzekering** betaalt sommige kosten niet. Deze kosten moet u zelf betalen:

- Kamersupplementen
- Ereloonsupplementen
- Andere kosten: zoals telefoon

6. Welke papieren ontvang ik?

- Een factuur
- Een begeleidende brief met overschrijvingsformulier
- Eventueel een wit verzamelgetuigschrift

De ziekenhuisfactuur dient ook als formulier voor het bekomen van een hospitalisatievergoeding. Voor sommige hospitalisatieverzekeringen heeft het ziekenhuis een akkoord met de verzekeringsmaatschappij, dat ervoor zorgt dat de facturen rechtstreeks naar de maatschappij worden gestuurd.

WAARVOOR DIENT HET WITTE VERZAMEL-GETUIGSCHRIFT VAN EEN CONSULTATIE?

Als gewoon verzekerde patiënt vindt u bij de factuur van uw consultatie een wit verzamelgetuigschrift. Dit verzamelgetuigschrift dient u aan uw ziekenfonds te bezorgen zodat zij u het wettelijke vastgelegde gedeelte van de consultatie kunnen terugbetalen. U betaalt uiteindelijk enkel het remgeld.

Indien u valt onder het statuut van de verhoogde tegemoetkoming ontvangt u geen wit verzamelgetuigschrift. De aanrekening van de consultatie wordt geregeld via de derdebetalersregeling. U betaalt enkel het remgeld. Het overige bedrag wordt rechtstreeks met uw ziekenfonds geregeld.

Het bedrag vermeld op het witte verzamelgetuigschrift zit vervat in het bedrag van de factuur. U moet dit niet apart betalen.

7. Hoe de factuur betalen?

Gebruik altijd de gestructureerde mededeling (OGM), ook als u betaalt via PC-banking. De gestructureerde mededeling ziet er zo uit:

+++xxx/xxx/xxxxx+++

U moet enkel op de plaats van de ‘x’-en, de cijfers die u bij de betalingsdetails vindt, overnemen.

Betaalt u uw factuur vanuit het buitenland? Dan is deze gestructureerde mededeling bij elke factuurbetaling nog belangrijker (omdat het niet-Belgisch adres meestal niet meekomt met uw bankbetaling).

U kan gemakkelijk een bankoverschrijving uitvoeren als u onderstaande IBAN en BIC (SWIFTcode) van **onze KBC bank op naam van Noorderhart vzw** (hoofdzetel KBC: Havenlaan 2 – 1080 Brussel) overneemt.

Let op: de BIC code hoort in het veld “begunstigde” en is geen gestructureerde mededeling:

IBAN:	BE96 7340 6724 0005
BIC:	KREDBEBB

In het verleden (tot 04/2023) werden de factuurbedragen gesplitst over ziekenhuisgedeelte en doktersgedeelte, welke elk een eigen bankrekening hadden. Deze werkwijze is afgeschaft. Vandaar nog slechts één rekeningnummer.

8. Wat kost een ingreep ongeveer?

U weet graag op voorhand hoeveel uw ingreep ongeveer gaat kosten. Voor de meest voorkomende ingrepen kan u een kostenraming vinden op onze website www.noorderhart.be.

Voor een kostenraming op maat, kunt u mailen naar onze financiële dienst via prijraming@noorderhart.be. Deze kostenraming geeft de gemiddelde kostprijs van de ingreep en geeft u een idee van het bedrag dat u ongeveer moet betalen.

Meer informatie vindt u op onze website: <https://www.noorderhart.be/nl/mariaziekenhuis/kosten-factuur/prijsraming/>

U kan ook contact opnemen met uw behandelende arts.

Let op: deze prijsraming is niet bindend en kan nooit gebruikt worden om de factuur te betwisten!

Heeft u nog vragen?

HEEFT U VRAGEN OVER DE FACTUUR?

Dan kunt u terecht bij de dienst facturatie van Noorderhart Mariaziekenhuis.

- Blok A, gelijkvloers. Beperkte openingsuren (zie website 'kosten en factuur').
Volg de aanduiding 'inlichtingen over uw factuur' aan de inkom van het ziekenhuis.
- Tel. 011 826 454, e-mail: tarfac@noorderhart.be
Maandag t/m donderdag: 8 - 12 uur, 13 - 16 uur
Vrijdag: 8 - 12 uur
(Uitgezonderd feestdagen)

HEEFT U PROBLEMEN MET DE BETALING OF VRAGEN HIEROVER?

Dan kunt u terecht bij de dienst debiteuren van Noorderhart Mariaziekenhuis.

- Tel. 011 826 456, e-mail: debiteuren@noorderhart.be
Maandag t/m vrijdag: 9 - 12 uur, 13 - 16 uur
(Uitgezonderd feestdagen)

Bij vragen vermeldt u steeds de naam van de patiënt en het factuurnummer.

Dan kunnen wij u vlotter verder helpen.

De prijzen en percentages in deze brochure dateren van februari 2025.
Het is mogelijk dat recente wijzigingen nog niet zijn opgenomen.



Notities



versie: 11 februari 2025

Noorderhart vzw
Maesensveld 1
B-3900 Pelt
t 011 826 000
info@noorderhart.be
noorderhart.be