

[I – Verord. 21-5-15 – B.S. 17-6 – ed. 2 – art. 2] (°)

[Bijlage 37bis

FACTUUR voor ambulante zorg in het ziekenhuis – zorgen van xxx tot xxx

Eventueel logo ziekenhuis Blz 1 van

Benaming ziekenhuis Voornaam FAMILIENAAM
Adres Adres
Postcode – Gemeente Postcode – Gemeente
RIZIV-nummer
KBO-nummer
Contact: naam / telefoonnummer

Factuurnummer Facturatieadres
Datum factuur Voornaam FAMILIENAAM
Verzenddatum Adres
Opnamenummer Postcode – Gemeente
Dossiernummer
Verzorging van/.. tot/.. Ziekenfonds
NISZ nr.
Code gerechtigde

MEDEDELING

Ofwel

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 verstrekkingen: wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De medische prestaties (of paramedische) die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de "Honorariumnota", die in bijlage is gevoegd bij dit uittreksel. 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.

1. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Statuut verstrekker (1)	Datum	Code (4)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
<u>Vergoedbare honoraria</u>							
Honoraria volledig ten laste van het ziekenfonds						
Honoraria deels tenlaste van het ziekenfonds							
Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager							
Omschrijving (4)	
<u>Honoraria volledig ten laste van de patiënt</u>							
Naam verstrekker aangevraagd door naam aanvrager							
Omschrijving		
Subtotaal 1 – Honoraria zorgverleners				

(°) van toepassing vanaf 1-1-2016

BLZ 2 van

2. Apotheek: geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	Code	Aantal	ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)	Supplement (3)
2.1 Geneesmiddelen					
Vergoedbare geneesmiddelen					
Bedrag geneesmiddelen volledig ten laste van ziekenfonds				
Bedrag geneesmiddelen deels ten laste van de patiënt					
Naam product:	
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product	
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
Naam product:	
2.2. Parafarmaceutische producten					
Naam product:	
2.3. Implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen					
Vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (5)
Afleveringsmarge implantaten (6)				
Veiligheidsgrens implantaten (7)				
Niet-vergoedbare producten					
Naam product: Notificatie (5) 	
Subtotaal 2 – Apotheek		

3. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)
Omschrijving andere leveringen
Subtotaal 3 – Andere leveringen		

4. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (2)
Dingend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km
Bedrag voor de 11 ^{de} tem de 20 ^{ste} km
Bedrag vanaf de 21 ^{ste} km
Forfait gebruikte elektroden
Ander ziekenvervoer		
Subtotaal 4 – ziekenvervoer		

5. Diverse kosten	Code	Aantal		Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving diverse kosten
Subtotaal 5 – Diverse kosten			

	Code	EXCL. BTW	%	BTW	Ten laste van de patiënt – inclusief BTW (2)
6. BTW op esthetische ingrepen					
.....	
Subtotaal 6 – BTW	

TOTALEN	Tenlaste ziekenfonds	Tenlaste van de patiënt (2)	Supplement (3)
TOTAAL
TOTAAL door de patiënt te betalen		
Reeds betaald voorschot op datum van/../.		
Aangerekend aan een derde door het ziekenhuis		
Nog te betalen / terug te krijgen		

Te storten op rekening van het ziekenhuis:
Te storten op rekening van de medische raad:

- (1) Geconventioneerd (C): de verstrekker is verbonden aan de in een overeenkomst afgesproken tarieven
Gedeeltelijk geconventioneerd (PC): de verstrekker is bepaalde dagen verbonden aan de in de overeenkomst vastgelegde tarieven. De verstrekker of het ziekenhuis kan u hierover meer informatie geven.
Niet geconventioneerd (NC): de verstrekker is niet verbonden aan de in de overeenkomst afgesproken tarieven
- (2) 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").
- (3) Supplement: wordt aangerekend bovenop het officiële bedrag voor het honorarium. Deze bedragen kunnen aangerekend worden door niet-geconventioneerde artsen en gedeeltelijk geconventioneerde artsen en zijn volledig ten laste van de patiënt.
- (4) 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 van het RIZIV: <http://www.Riziv.fgov.be>
- (5) 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).
- (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.

]