

Zorgovereenkomst
Geriatrische Revalidatiezorg

2015

Multizorg VRZ

en

<<ANaam>>

Zorgovereenkomst Geriatrische Revalidatiezorg 2015

Partijen:

De zorgverzekeraars, genoemd in Bijlage 1, rechtsgeldig vertegenwoordigd door de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, Multizorg VRZ B.V., statutair gevestigd te Utrecht en kantoorhoudende te (3401 MX) IJsselstein aan de Lorentzlaan 3, hierna te noemen: de zorgverzekeraars;

«**ANaam**», gevestigd te «Plaatsnaam», hierna te noemen: de zorgaanbieder, waarvan de verdere gegevens als volgt luiden:

AGB-code : «IPZCode_Inst»
Correspondentieadres : «Straat» «Huisnummer» «HuisnummerToevoeging»
Postcode en Plaats : «PC» «Plaatsnaam»

Financiële gegevens

IBAN : «IBAN»
Tenaamstelling : «Naam_bankgegevens»

Vestigingsadres(sen):

«Loc_adres_1»	«Loc_postcode_1»	«Loc_plaats_1»
«Loc_adres_2»	«Loc_postcode_2»	«Loc_plaats_2»
«Loc_adres_3»	«Loc_postcode_3»	«Loc_plaats_3»
«Loc_adres_4»	«Loc_postcode_4»	«Loc_plaats_4»
«Loc_adres_5»	«Loc_postcode_5»	«Loc_plaats_5»
«Loc_adres_6»	«Loc_postcode_6»	«Loc_plaats_6»
«Loc_adres_7»	«Loc_postcode_7»	«Loc_plaats_7»
«Loc_adres_8»	«Loc_postcode_8»	«Loc_plaats_8»
«Loc_adres_9»	«Loc_postcode_9»	«Loc_plaats_9»
«Loc_adres_10»	«Loc_postcode_10»	«Loc_plaats_10»
«Loc_adres_11»	«Loc_postcode_11»	«Loc_plaats_11»
«Loc_adres_12»	«Loc_postcode_12»	«Loc_plaats_12»
«Loc_adres_13»	«Loc_postcode_13»	«Loc_plaats_13»
«Loc_adres_14»	«Loc_postcode_14»	«Loc_plaats_14»
«Loc_adres_15»	«Loc_postcode_15»	«Loc_plaats_15»

komen overeen als volgt:

Artikel 1 - Definities

Verstaan wordt onder:

1. Early Warning Systeem: een instrument voor zorgverzekeraars met als doel het tijdig signaleren van situaties bij de zorgaanbieder die risicovol zijn voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening;
2. Gepast gebruik: de zorg is medisch noodzakelijk, effectief, doelmatig, voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet en de huidige stand van wetenschap en praktijk.
3. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ): Geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zvw;
4. Landelijk Schakelpunt: de spil van de ICT-basisinfrastructuur voor de zorg (AORTA) die de inzage regelt in patiëntinformatie die lokaal opgeslagen ligt bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders vragen hiermee betrouwbaar, veilig en snel actuele informatie op uit systemen van collega-zorgaanbieders;
5. Omzetplafond: een tussen partijen bij het aangaan van deze overeenkomst afgesproken, door de zorgaanbieder maximaal in rekening te brengen omzet voor het geheel van de zorg, verleend in het kader van de in een kalenderjaar geopende zorgtrajecten of subtrajecten en tot uiting komend in een geopend DBC-zorgproduct of een overig zorgproduct;
6. Specialist ouderengeneeskunde: de arts die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie;
7. VECOZO Zorginkoopportaal: een web-applicatie die zorgverzekeraars en zorgaanbieders elektronische ondersteuning biedt bij de totstandkoming van contractafspraken over DBC-zorgproducten en overige producten/verrichtingen;
8. Verenso triage-instrument: triage-instrument Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) bedoeld om een gestandaardiseerde handelwijze van zorgverleners te bevorderen;
9. WTZi: Wet Toelating Zorginstellingen.
10. ZiNL: Zorginstituut Nederland

Artikel 2 - Inhoud van de zorgovereenkomst

1. Op deze zorgovereenkomst zijn tevens de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV) van Multizorg VRZ van toepassing. De zorgaanbieder verklaart een exemplaar van deze voorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen. Daar waar onduidelijkheden of tegenstrijdigheden zouden zijn tussen de AIV en de zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de AIV.
2. De volgende bijlagen maken deel uit van deze zorgovereenkomst:
Bijlage 1: Zorgverzekeraars 2015
Bijlage 2: Opbouw Omzetplafond 2015
Bijlage 3: Aanvullende afspraken 2015
Bijlage 4: Betaalafspraken 2015

Artikel 3 - Zorg

1. De zorgaanbieder is jegens zorgverzekeraars gehouden de verzekerden van de zorgverzekeraars geriatrische revalidatiezorg te verlenen zoals omschreven in artikel 2.5.c. van het Besluit Zorgverzekering, alsmede verblijf en verpleging, zoals omschreven in de artikelen 2.4, 2.10 en 2.12 van het Besluit Zorgverzekering.
2. De zorg omvat mede farmaceutische begeleiding, verstrekking van geneesmiddelen en de verstrekking van hulpmiddelen die volgens het 'Standpunt Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die

plegen te bieden', publicatienummer 280 van het ZiNL behoren tot de in lid 1 genoemde zorg.

3. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraars over de nevenvestigingen en de prestaties die vanuit deze vestigingen geleverd kunnen worden.

Artikel 4 - Kwaliteit

1. In aanvulling op artikel 6.1 van de AIV draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de zorg die geleverd wordt ten minste voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep en de eisen van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Daarbij dient de zorgaanbieder de zorg te leveren met inachtneming van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Kwaliteitswet zorginstellingen dan wel de daarvoor in de plaats tredende wet- en of regelgeving.
2. De zorgaanbieder neemt bij het verlenen van zorg de 'Convenanten gepast gebruik van zorg' in acht.
3. De ten behoeve van de zorgaanbieder werkzame medisch specialisten volgen de Leidraad 'Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door Medisch specialisten (OMS)'. Een van de uitgangspunten hierbij is dat de vigerende landelijke richtlijnen worden gevolgd. Bij de keuze voor een geneesmiddel kiest de medisch specialist de meest kosteneffectieve behandeling. Daaronder wordt verstaan het geneesmiddel/de geneesmiddelencombinatie dat/die leidt tot een optimale behandeling met de laagst mogelijke kosten. De geneesmiddelen worden in principe op stofnaam voorgeschreven en bij voorkeur wordt de generieke variant gekozen. In plaats van een standaard hoeveelheid wordt er een reële - op maat - benodigde hoeveelheid voorgeschreven, in de meest gepaste afleveringsvorm. Afwijken van deze uitgangspunten is alleen toegestaan als de zorgaanbieder de (medische) noodzaak van het afwijken hiervan kan onderbouwen en de zorgaanbieder deze onderbouwing heeft gedocumenteerd.
4. Om wisseling van geneesmiddelen bij opname of ontslag (transmurale knip) zoveel mogelijk te vermijden, wordt voorschrijfbeleid van specialisten ouderengeneeskunde/arts-assistenten zoveel mogelijk afgestemd op extramurale doelmatigheid en extramuraal voorschrijfbeleid.
5. De zorgaanbieder beschikt over een gespecialiseerde afdeling met minimaal 10 bedden per diagnosegroep ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.
6. De zorgaanbieder controleert of de geleverde zorg aansluit op de voorafgaande ziekenhuisopname, waarbij de verzekerde voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de AWBZ verbleef of werd behandeld in een verpleeghuis of andere zorginstelling.
7. De zorgaanbieder controleert of de behandelend medisch specialist of een specialist ouderengeneeskunde de geriatrische revalidatiezorg tijdens de ziekenhuisopname heeft geïndiceerd middels een triage-instrument.
8. De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Het behandelplan voldoet aan de meest recente richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor intercollegiale toetsing (CBO) en de meest recente behandelkaders van Venenso.

Artikel 5 - Verwijzing en toestemming

1. De zorgaanbieder verleent zorg na verwijzing door medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde/verpleeghuisarts, tenzij er sprake is van een acute zorgvraag.
2. De zorgaanbieder continueert de zorg na een periode van zes maanden uitsluitend als de zorgverzekeraar daarvoor voorafgaande schriftelijke toestemming heeft verleend, zoals bedoeld in artikel 2.5.c. van het Besluit Zorgverzekering.

Artikel 6 - Prestaties en tarieven

1. De zorg bedoeld in artikel 3 lid 1 omvat de verrichtingen en de daarvoor geldende tarieven, inclusief kapitaallasten. Deze zijn vastgelegd via VECOZO Zorginkoopportaal.
2. Indien de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gedurende de looptijd van deze zorgovereenkomst de maximum tarieven aanpast, dan zullen de overeengekomen tarieven zo nodig worden aangepast. Aanpassing van de tarieven door zorgverzekeraars vindt plaats:
 - a. op basis van Beleidsregel AL/BR-0004 van de NZa en opvolgende toepasselijke beleidsregels;
 - b. uiterlijk één maand nadat de NZa de gewijzigde tarieven heeft gepubliceerd.
3. Indien de zorgaanbieder aan passanten voor met de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgproducten lagere tarieven in rekening brengt dan de tarieven overeengekomen met de zorgverzekeraars, gelden deze lagere tarieven ook voor de zorgverzekeraars.

Artikel 7 - Omzetplafond

1. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieder komen voor het schadejaar 2015 een omzetplafond overeen van in totaal € invoeren,-.
2. De zorgaanbieder brengt aan de zorgverzekeraars voor elk geleverd zorgproduct dat in 2015 is geopend het tarief in rekening dat is overeengekomen op grond van deze zorgovereenkomst. Met de tariefstelling wordt beoogd te komen tot een prijsstelling die passend is binnen het omzetplafond en die in verhouding staat tot de gemaakte kosten.
3. Indien het omzetplafond wordt overschreden, laat dit de verplichting van de zorgaanbieder om zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraars te verlenen en/of te continueren onverlet.
4. Verlaging van het omzetplafond tijdens de zorgverzekeraars is mogelijk in het geval:
 - a. uitkomsten op grond van materiële controle hiertoe aanleiding geven;
 - b. uitkomsten op grond van het door de zorgaanbieder in 2014 uitgevoerde zelfonderzoek in kader van het Controle Plan Correct Declareren d.d. 10 juni 2014 hiertoe aanleiding geven;
 - c. de zorgaanbieder niet in staat is het zorgvolume te realiseren waar bij aanvang van de zorgovereenkomst redelijkerwijs op gerekend mocht worden. De (rechts)feiten of omstandigheden die in dit kader uitsluitend aanleiding kunnen geven tot aanpassing van het omzetplafond worden hieronder nader beschreven:
 - I. aanzienlijke wijziging in het profiel van de zorgaanbieder ten opzichte van 2014;
 - II. calamiteiten zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het bij de aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden. Na het verstrijken van de 30 dagen wordt het omzetplafond verlaagd naar rato van de daling van het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte zorgvolume;
 - III. feiten of omstandigheden die in de risicosfeer van de zorgaanbieder liggen en waardoor (een deel van) de zorg niet in het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden (voorbeelden zijn: sluiting van (een deel van) de zorginstelling wegens een gevaarlijke bacterie, brand en waterschade). Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van de daling van het verwachte zorgvolume;
 - IV. tussentijdse beëindiging van de zorgovereenkomst zoals geregeld in artikel 20 van de AIV. Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van het aantal dagen dat de zorgovereenkomst niet meer van kracht is.
5. De gemiddelde kosten per verzekerde nemen ten opzichte van voorgaande jaren, met inachtneming van een jaarlijkse indexatie, niet toe

Artikel 8 – Opbrengstverrekening

1. De zorgverzekeraars maken aan de hand van de declaratiegegevens op 1 maart 2016 en op 1 maart 2017 een vergelijking tussen het omzetplafond en de daadwerkelijke declaraties ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk de definitieve opbrengstverrekening. De daadwerkelijke declaraties bevatten de uitbetaalde declaraties, aangevuld met de op dat moment betaalbaar gestelde declaraties. De bepaling van de daadwerkelijke declaraties is dus exclusief Onderhanden Werk en nog niet gedeclareerde declaraties. Indien de zorgaanbieder zich niet in de resultaten herkent, dan worden gegevens van de zorgaanbieder naast de declaratiegegevens gelegd ter vergelijking. Wanneer dit niet tot herkenning leidt, dan wordt een onafhankelijke partij (bijvoorbeeld een accountant) ingeschakeld ter verificatie van de gegevens en wordt een beslissing genomen door de partijen welke gegevens leidend zijn.
2. Als uit de vergelijking als bedoeld in lid 1, blijkt dat de daadwerkelijke declaraties afwijken van het omzetplafond, wordt per zorgverzekeraar een voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk een definitieve opbrengstverrekening uitgevoerd volgens de werkwijze als geregeld in lid 3.
3. De zorgverzekeraars stellen de voorlopige opbrengstverrekening 2015 en de definitieve opbrengstverrekening 2015 vast door de daadwerkelijke declaraties te vergelijken met de afspraak zoals deze is vastgelegd in artikel 9 van deze zorgovereenkomst. Het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar wordt vervolgens op basis van het marktaandeel binnen Multizorg VRZ vastgesteld. De voorlopige opbrengstverrekening wordt uiterlijk één maand na vaststelling van het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar verrekend met de zorgaanbieder, doch uiterlijk op 1 juni 2016 voor de voorlopige opbrengstverrekening en uiterlijk op 1 juni 2017 voor de definitieve opbrengstverrekening. De zorgverzekeraars houden bij het vaststellen van de definitieve opbrengstverrekening rekening met het bedrag dat in het kader van de voorlopige opbrengstverrekening al verrekend is.
4. Indien de daadwerkelijke declaraties als bedoeld in lid 1 hoger zijn dan het omzetplafond, is de zorgaanbieder het verschil van deze beide bedragen verschuldigd aan de zorgverzekeraars, al naar gelang ieders aandeel in de som van de tarieven.
5. De zorgverzekeraars informeren de zorgaanbieder schriftelijk over de bedragen die de zorgaanbieder in het kader van de opbrengstverrekening verschuldigd is, met vermelding van de wijze van voldoening van de vordering. Indien de voldoening van de vordering niet of niet volledig na 30 dagen na de vaststelling van het te verrekenen bedrag is gerealiseerd, is de eisende partij gerechtigd om de vordering te verrekenen met openstaande vorderingen van de schuldenaar op de eisende partij, een en ander onverminderd de overige (rechts)middelen die hem daarbij ten dienste staan.
6. De data genoemd in lid 1 en lid 3 kunnen wijzigen indien landelijke wijzigingen hiertoe aanleiding geven.

Artikel 9 - Declareren

1. Indien elektronisch declareren onverhoopt niet mogelijk blijkt, dienen daarover separaat afspraken tussen de zorgaanbieder en de betrokken zorgverzekeraars gemaakt te worden.
2. In aanvulling op artikel 8 van de AIV kan de zorgaanbieder op grond van een schriftelijke afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars een papieren declaratiebericht indienen. Een papieren declaratiebericht, waaronder mede begrepen een declaratie aan de verzekerde, bevat ten minste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld.
3. De zorgaanbieder heeft jegens de zorgverzekeraar geen recht op voldoening van de declaratie indien en voor zover hij door een tekortkoming in de nakoming van deze zorgovereenkomst het bepaalde onder artikel 4 en artikel 9 niet in acht heeft

genomen, tenzij de tekortkoming van dusdanige aard is, dat zij het verval van het recht op declaratie niet rechtvaardigt.

Artikel 10 - Betaling

1. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform Bijlage 4.
2. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage en de zorgaanbieder deze niet op de declaratie in mindering heeft gebracht, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag in afwijking van het bepaalde in artikel 13 lid 2 onder c. van de AIV volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, indien zulks bepaald is in Bijlage 4.
3. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement van de zorgaanbieder worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 11 - Informatie

1. De zorgaanbieder werkt in relatie tot artikel 15 lid 3 en 4 van de AIV mee aan het Early Warning Systeem dat de zorgverzekeraars hanteren en verschaft daarvoor op verzoek van de zorgverzekeraars nader inzicht in de financiële vermogenspositie en de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder.
2. Jaarlijks stuurt de zorgaanbieder binnen één maand na de officiële vaststelling daarvan en met inachtneming van de wettelijke termijnen Multizorg VRZ de jaarrekening en het jaarverslag over het voorafgaande boekjaar ter kennisneming toe.
3. De zorgaanbieder levert uiterlijk 31 december 2015 onderstaande kwaliteitsinformatie bij Multizorg VRZ aan:
 - a. De gemiddelde behandelduur uitgesplitst naar klinisch en ambulant per diagnosegroep.
 - b. Het percentage van de verzekerden dat daadwerkelijk binnen zes maanden naar huis of verzorgingshuis ontslagen wordt, gecorrigeerd voor tussentijds optredende onverwachte nieuwe ziekte, heropname in het ziekenhuis en sterfte.
 1. Het aantal bedden en de locatie van zorglevering per diagnosegroep.

Artikel 12 - Aansluiting op en gebruik van Landelijk Schakelpunt

De zorgaanbieder spant zich in om, voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling, zo spoedig mogelijk gebruik te maken van de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt.

Artikel 13 - Duur en beëindiging van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2015 en eindigt op 31 december 2015.
2. De bepalingen uit de AIV en de zorgovereenkomst met betrekking tot kwaliteit(informatie), declaratie(-verkeer), controle/fraude die voor zover zij naar hun aard bestemd zijn om na beëindiging te blijven werken, blijven van kracht, ook na beëindiging of ontbinding van deze zorgovereenkomst.

Aldus in tweevoud opgemaakt te IJsselstein, 22 augustus 2014.

Namens de zorgverzekeraars,
Multizorg VRZ B.V.

Namens de zorgaanbieder,
«ANaam»

I.C. Castricum
Directeur a.i.

«Onder_Hand»
«Ondert_Functie»

VOORBEELD

BIJLAGE 1**ZORGVERZEKERAARS 2015 - GRZ**Zorgverzekeraars met bijbehorende labels:

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
gevestigd te Houten

- ONVZ Zorgverzekeraar (Uzovi-code 3343)
- VvAA zorgverzekering (Uzovi-code 3343)
- PNOzorg (Uzovi-code 3343)

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
gevestigd te Amersfoort

- De Amersfoortse Verzekeringen (Uzovi-code 9018)
- Ditzo Zorgverzekering (Uzovi-code 3336)
- BeterDichtbij (Uzovi-code 3339)

Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
gevestigd te Deventer

- Salland verzekeringen (Uzovi-code 7032)
- HollandZorg (Uzovi-code 7032)
- Energiek (Uzovi-code 7032)
- Salland ZorgDirect (Uzovi-code 7032)

O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
gevestigd te Leiden

- Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar (Uzovi-code 7085)

Volmachten:

Aevitae B.V.
gevestigd te Heerlen

- Aevitae (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 3328)

IAK Volmacht B.V.
gevestigd te Eindhoven

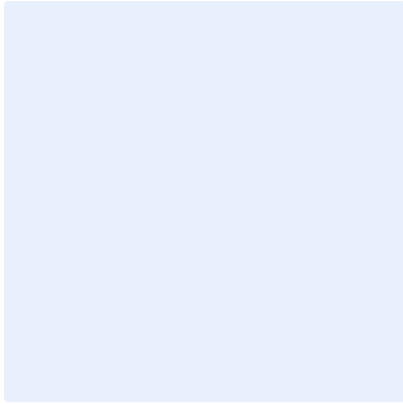
- IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8973)

Caresco B.V.
gevestigd te Amersfoort

- Caresco (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8959)

BIJLAGE 2

OPBOUW OMZETPLAFOND 2015



Controle MZ VRZ Kies een item.

Klik datum controle.

VOORBEELD

BIJLAGE 3**AANVULLENDE AFSPRAKEN 2015**

Alle in deze bijlage opgenomen bepalingen wijzigen, vervangen of vormen een aanvulling op hetgeen elders is bepaald in de zorgovereenkomst Geriatrische Revalidatiezorg 2015 tussen Multizorg VRZ en «ANaam».

NNTB.

VOORBEELD

BIJLAGE 4 BETAALAFSPRAKEN 2015

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau.

ONVZ Zorgverzekeraar
VvAA zorgverzekering
PNOzorg

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Ja	Ja	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Salland verzekeringen
Holland Zorg
Energiek
Salland ZorgDirect

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

De Amersfoortse Verzekeringen
Ditzo Zorgverzekering
BeterDichtbij
Aevitae (ASR Ziektekosten)
IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)
Caresco (ASR Ziektekosten)

Soorten eigen betaling	Overname incassoprocedure	Overname incassorisico	Aanvullende clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee