



**Standaard en Uitgebreide
aanvullende verzekering
2013 Vergoedingenoverzicht**

stad 
holland
zorgverzekeraar

Let op:

Deze online folder is gewijzigd ten opzichte van de gedrukte versie. De aanpassingen betreffen het onderdeel tandheelkunde. De aanpassingen hebben op geen enkele wijze invloed op uw dekking, die blijft hetzelfde!

Wij hebben de aanpassingen in deze folder moeten doorvoeren, omdat de definitieve lijst met tandartscodes pas na het drukken van onze folders bekend zijn gemaakt. Deze definitieve lijst met codes kent twee wijzigingen ten opzichte van de concept versies waarop wij de inhoud van deze folders hebben gebaseerd. De code H15 is code H16 (trekken van volgende tand of kies) geworden en de code R25 is code R24 (kroon) geworden. Meer dan een administratieve aanpassing in de aanduiding van de code is dit niet.

Gewijzigd in de aanvullende verzekering in 2013

Tandheelkunde en orthodontie

De overheid beëindigt per 2013 het experiment 'vrije tarieven in de mondzorg'. Vanaf 2013 gelden er weer wettelijke maximumtarieven voor tandheelkundige en orthodontische behandelingen. De overheid schaft tevens de in 2012 nieuw geïntroduceerde behandelcodes af en vanaf 2013 gelden weer grotendeels dezelfde behandelcodes als in 2011. Stad Holland Zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen om weer hetzelfde systeem van voorwaarden te hanteren als in 2011. Hiermee bieden we in 2013 wederom een vergoeding voor alle basale tandheelkundige verrichtingen.

Rollator

Vanaf 2013 wordt de rollator niet meer vergoed uit de basisverzekering. In uw aanvullende verzekering is daarom een vergoeding voor de rollator opgenomen.

Hoortoestellen

Voor hoortoestellen wordt in de basisverzekering een eigen bijdrage van 25% ingevoerd. In de Uitgebreide AV is de vergoeding van de eigen bijdrage hierop aangepast.

Overig

Een aantal vergoedingen is verhoogd.

Er heeft een aantal tekstuele wijzigingen plaatsgevonden ter verduidelijking.

Algemene informatie

We hebben voor u de verschillende vergoedingen van de Standaard AV en de Uitgebreide AV op een rij gezet. De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd. De Standaard AV kost € 18,75 per persoon per maand, de Uitgebreide AV € 31,25 per persoon per maand.

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd, mits er wordt voldaan aan beide volgende voorwaarden:

- de aanvullende verzekering moet afgesloten zijn samen met de basisverzekering bij Stad Holland Zorgverzekeraar;
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van de verzekeringnemer.

U sluit de aanvullende verzekering af voor een periode van één kalenderjaar. Aan het eind van ieder jaar wordt uw aanvullende verzekering telkens voor de duur van één kalenderjaar verlengd. U kunt dus alleen per 1 januari van aanvullende verzekering wisselen of uw aanvullende verzekering beëindigen.

Wanneer u de aanvullende verzekering later afsluit dan uw basisverzekering, bent u € 12,50 aan administratiekosten verschuldigd. Inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand na aanmelding.

Als de aanvullende verzekering niet tegelijkertijd met de basisverzekering wordt afgesloten, geldt er een wachttijd van 2 maanden.

Het eigen risico van de basisverzekering wordt niet vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

De algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen zijn bij ons verkrijgbaar.



H.M. Schmidt

Holland = Drop Multicultural
Gezondheid = speciale ziekenhuizen voor
Kinderen en ouderen

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
--------------	--------------	----------------

€ 18,75

€ 31,25

Acnebehandelingen

Vergoed wordt 75% van de kosten van de behandelingen (exclusief middelen) tot een maximum per kalenderjaar. De verzekerde dient te zijn doorverwezen door een arts en de behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Alleen behandelingen aan het gelaat en/of de hals worden vergoed.

75%, maximaal
€ 150,- per
kalenderjaar

75%, maximaal
€ 150,- per
kalenderjaar

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

Voor vergoeding komen in aanmerking:

- acupunctuur: kosten van consulten verleend door acupuncturisten;
- antroposofische geneeskunde: de kosten van alle antroposofische consulten voor zover deze worden verleend door artsen of therapeuten die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
- chiropractie: kosten van consulten verleend door een chiropractor;
- natuurgeneeskunde: kosten van consulten verleend door artsen;
- neuraaltherapie: kosten van consulten verleend door artsen;
- osteopathie: kosten van consulten verleend door therapeuten die staan geregistreerd bij de Nederlandse Registratieraad voor Osteopathie (NRO) of aangesloten zijn bij de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

maximaal € 25,- per
behandeldatum,
maximaal € 450,-
per kalenderjaar

maximaal € 25,- per
behandeldatum,
maximaal € 450,-
per kalenderjaar

Wat betreft de consulten homeopathische behandelingen verwijzen wij naar "Homeopathie".

De kosten komen per behandeldatum maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking. Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd.

De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.

Anticonceptie

Er bestaat een vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptie-implantaat.

Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

geen

100% GVS

Borstprothese plakstrips

Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

100%

100%

Brillenglazen/contactlenzen

De vergoeding is per oogafwijking met een sterkte van meer dan 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking.

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren

De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken. Een leesgedeelte (additie) in een bril of contactlens telt niet mee bij de bepaling van het aantal dioptrieën. Bij multifocale glazen dient het leesgedeelte als een positieve additie weergegeven te zijn, voor de juiste bepaling van de oogafwijking. Een leesbril is uitgezonderd van vergoeding.

De vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren verleend voor maximaal 2 brillen-
glazen/contactlenzen. Voor systeemplenzen geldt dezelfde maximumvergoeding per
2 kalenderjaren.

Brilmontuur

Kinderen onder de 18 jaar krijgen een vergoeding voor 1 brilmontuur per kalenderjaar.

maximaal € 46,-
per kalenderjaar

maximaal € 46,-
per kalenderjaar

Buitenland

De aanvullende verzekering geeft in het buitenland de volgende aanspraken:

- spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van uw prothese en/of noodrestauratie). NB: definitieve kronen en/of bruggen dan wel geheel nieuwe prothesen worden niet vergoed;
- professionele medische hulpverlening door de alarmcentrale SOS International;
- kosten van vervoer stoffelijk overschot van een verzekerde;
- kosten van het organiseren en het toezenden van medicijnen en hulpmiddelen;
- kosten van overbrengen van berichten door SOS International.

Tijdens vakantie binnen Europa.

100%

100%

Tijdens vakantie buiten Europa.

geen

100%

Voor vergoedingen van vaccinaties bij een verblijf in het buitenland, zie 'Vaccinaties
buitenland'.

Camouflagetherapie

Vergoed wordt 75% van de kosten van de therapie tot een maximum per kalenderjaar. Vergoed worden: kosten voor instructie en cosmetische producten in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. De behandeling dient vooraf bij Stad Holland Zorgverzekeraar te worden aangevraagd. De verzekerde dient onder behandeling te zijn van een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

75%, maximaal	75%, maximaal
€ 150,- per	€ 150,- per
kalenderjaar	kalenderjaar

Fysiotherapie en/of manuele therapie

Vergoed worden de kosten van behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is en voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

Voor de Standaard AV geldt een maximum van 20 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen.

Voor de Uitgebreide AV geldt een maximum van 36 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen. Voor de Uitgebreide AV moeten behandelingen vanaf de 19^e behandeling vooraf worden aangevraagd.

Voor manuele therapie geldt zowel voor de Standaard AV als de Uitgebreide AV een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan:

- maximaal 9 behandelingen geleverd mogen worden door een manueel therapeut;
- maximaal 9 behandelingen geleverd mogen worden door een orthomanueel geneeskundige.

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie. De kosten van de orthomanueel geneeskundige komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de orthomanueel geneeskundige is geregistreerd in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG).

De volgende maximumvergoedingen gelden:

- fysiotherapie € 28,50 per zitting;
- manuele therapie € 39,35 per zitting;
- bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 42,70 per zitting.

De vergoeding voor overige prestaties fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie. Het overzicht is te raadplegen via www.stadholland.nl.

fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:	fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:
• maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut	• maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut
• maximaal 9 behandelingen door een orthomanueel geneeskundige	• maximaal 9 behandelingen door een orthomanueel geneeskundige

Haptotherapie

Hulp verleend door een haptotherapeut die is aangesloten bij de Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH) of het Nederlands Verbond voor Psychologen, psychotherapeuten en Agogen (NVPA) komt voor vergoeding in aanmerking. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per consult met een maximum van 9 consulten.

maximaal € 35,-
per consult,
maximaal 9
consulten per
kalenderjaar

maximaal € 35,-
per consult,
maximaal 9
consulten per
kalenderjaar

Hartpatiënten, begeleid trainen

Het oefenprogramma van één van de aangesloten organisaties van De Hart & Vaatgroep of Hart-Aktief wordt vergoed. Dit betreft het begeleid trainen van hartpatiënten. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per maand en geldt voor maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering.

Om te zien welke organisaties voor vergoeding in aanmerking komen, kijk op www.beweegezoker.nl.

maximaal € 12,50
per maand, maxi-
maal 6 maanden
voor de duur van
de verzekering

maximaal € 12,50
per maand, maxi-
maal 6 maanden
voor de duur van
de verzekering

Herstellingsoord

Voor het verblijf in een herstellingsoord – niet zijnde een AWBZ-instelling – wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

De behandeling dient vooraf bij Stad Holland Zorgverzekeraar te worden aangevraagd.

Voor herstellingsoord die voor vergoeding in aanmerking komen, verwijzen wij u naar de lijst op onze website www.stadholland.nl.

€ 40,- per dag,
maximaal
42 dagen per
kalenderjaar

€ 40,- per dag,
maximaal
42 dagen per
kalenderjaar

Homeopathie

Vergoed worden kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde (AVIG) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) zijn geregistreerd. De vergoeding wordt slechts eenmaal per behandeldatum verleend. Op de nota dienen de behandeldata te worden gespecificeerd.

€ 35,- per
behandeldatum,
maximaal € 350,-
per kalenderjaar

€ 35,- per
behandeldatum,
maximaal € 350,-
per kalenderjaar

Homeopathische geneesmiddelen

Homeopathische geneesmiddelen worden volledig vergoed indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:

- het recept is uitgeschreven door een arts die staat vermeld in het register van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde (AVIG) of de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- het homeopathisch middel moet zijn opgenomen als geregistreerd homeopathisch geneesmiddel of als antroposofisch middel in de lijst van de Z-Index.

Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, voedingssupplementen, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.

100%

100%

Hoortoestellen

Voor hoortoestellen geldt vanuit de basisverzekering een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage wordt voor 100% uit de Uitgebreide AV vergoed, tot een maximumbedrag van € 250,- per 5 kalenderjaren.

geen

100%, maximaal
€ 250,- per
5 kalenderjaren

Kraamzorg en bevalling

Eigen bijdrage

Vergoed wordt een percentage van de wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg door een erkende instelling voor kraamzorg.

50% van de
eigen bijdrage

100% van de eigen
bijdrage

Kraampakket

Na inlevering van een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige, huisarts of gynaecoloog) ontvangt u vanaf de 6^e maand van uw zwangerschap een kraampakket.

kraampakket

kraampakket

U ontvangt een cadeautje op het moment dat u uw kindje bij ons heeft aangemeld.

cadeautje

cadeautje

Poliklinische bevalling

Voor een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de Uitgebreide AV, naast de vergoeding uit de basisverzekering, een bedrag van € 115,- vergoed.

geen

€ 115,-

Kuurreizen

Voor buitenlandse kuurreizen georganiseerd door een in kuurreizen gespecialiseerde reisorganisatie, wordt uit de Uitgebreide AV maximaal € 325,- per week in de kosten bijgedragen. Per kuur geldt een maximum van € 975,-. Deze regeling is bedoeld voor mensen die lijden aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Vergoeding moet vooraf bij Stad Holland Zorgverzekeraar worden aangevraagd door de behandelend huisarts of reumatoloog.

geen

€ 325,- per week,
maximaal
€ 975,- per kuur

Logeerhuis

Bij opname van een bij Stad Holland Zorgverzekeraar meeverzekerd kind onder de 18 jaar in een ziekenhuis, wordt aan de ouders en kinderen behorende tot hetzelfde gezin voor hun verblijf in een aan desbetreffend ziekenhuis verbonden logeerhuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.

maximaal € 35,-
per etmaal

maximaal € 35,-
per etmaal

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is en voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. Voor de Standaard AV geldt een maximum van 20 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar. Voor de Uitgebreide AV geldt een maximum van 36 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar. Voor de Uitgebreide AV moeten behandelingen vanaf de 19^e behandeling vooraf worden aangevraagd.

Cesar en

Mensendieck

samen

maximaal 20

behandelingen

per kalenderjaar

Cesar en

Mensendieck

samen

maximaal 36

behandelingen

per kalenderjaar

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De maximumvergoeding bedraagt € 28,50 per zitting.

De vergoeding voor de overige prestaties oefentherapie vindt plaats conform het

Overzicht Tarieven Oefentherapie. Het overzicht is te raadplegen op www.stadholland.nl.

Oncologie

Het revalidatieprogramma Herstel en Balans richt zich op lichamelijk, geestelijk en sociaal herstel van (ex-)kankerpatiënten. Vergoeding vindt alleen plaats wanneer het programma gevolgd wordt in instellingen met een licentie voor dit programma.

75%, maximaal
€ 250,- voor
de duur van de
verzekering

75%, maximaal
€ 500,- voor
de duur van de
verzekering

Stichting Les Vaux biedt hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantieweken in Frankrijk en weekeinden en midweken in Nederland. Het programma bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie.

De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Vaux voor de belanghebbende en de partner.

De totale vergoeding wordt eenmaal toegekend tijdens de gehele duur van de verzekering.

Ongevallenuitkering

Uitkering wordt verleend indien de verzekerde jonger is dan 13 jaar en deze als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.

De uitkering bedraagt:

(A) bij overlijden;

geen

€ 2.300,-

(B) bij blijvende invaliditeit.

geen

€ 4.600,-

Orthodontie

Vergoed worden de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:

- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- vergoed wordt uit de Standaard AV 75% van de kosten tot een maximum van € 685,- voor de duur van de verzekering;
- voor Invisalign en linguale apparatuur geldt uit de Uitgebreide AV een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering;
- orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus;
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
 - orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts;
 - orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;
- om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden van 18 jaar en ouder minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij Stad Holland.

75%, maximaal
€ 685,- voor de
duur van de
verzekering

75%
Voor Invisalign
en linguale
apparatuur geldt
een maximum-
vergoeding van
€ 1.250,- voor
de duur van de
verzekering

Niet nagekomen afspraak door verzekerde wordt niet vergoed.

Vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed.

Overbehandling gelaat

Bij ernstige overbehandling van het gelaat en/of de hals bij vrouwen wordt 75% van de kosten van elektrische epilatie, lichtflitstherapie of lasertherapie vergoed.

De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS). De behandeling moet op voorschrift van een arts bij Stad Holland Zorgverzekeraar worden aangevraagd en door Stad Holland Zorgverzekeraar worden gemachtigd.

De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend tijdens de gehele duur van de verzekering.

75%, maximaal

€ 470,- voor

de duur van de
verzekering

75%, maximaal

€ 470,- voor

de duur van de
verzekering

Overgangsconsulente

Bij problemen tijdens de overgang kunt u terecht bij een overgangsconsulente.

De overgangsconsulente is een gediplomeerd verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek van de overgang. Verwijzing door een arts is niet nodig. Uw consulten worden voor 75% vergoed tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar. Voorgeschreven medicijnen worden niet vergoed.

75%, maximaal

€ 150,- per

kalenderjaar

75%, maximaal

€ 150,- per

kalenderjaar

Pedicure voor diabetespatiënten

Uit de Uitgebreide AV wordt 75% van de kosten van een pedicurebehandeling bij een diabetespatiënt vergoed, voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. De patiënt dient aangewezen te zijn op medicatie voor diabetes.

De vergoeding uit de Uitgebreide AV is maximaal € 15,- per behandeling tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar.

geen

75%, maximaal

€ 15,- per behande-
ling, maximaal 6
behandelingen
per kalenderjaar

Plaswekker

Er geldt een eenmalige vergoeding van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luiërbroekjes met sensor) tot een maximum van € 150,-. Huur van een plaswekker wordt niet vergoed.

90%, maximaal

€ 150,-

90%, maximaal

€ 150,-

Podotherapie

Vergoed worden de consulten - maximaal € 25,- per behandeldatum - tot een maximum van 6 consulten per kalenderjaar, voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut, podoloog of podokinesioloog.

maximaal € 25,-,

maximaal

6 consulten

per kalenderjaar

maximaal € 25,-,

maximaal

6 consulten

per kalenderjaar

Preventief onderzoek

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten, mits verricht door een arts, voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

100%, maximaal
€ 250,- per
kalenderjaar

100%, maximaal
€ 250,- per
kalenderjaar

Pruiken

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van pruiken gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, worden de kosten uit de Uitgebreide AV vergoed tot een maximumbedrag van € 135,- per kalenderjaar.

De vergoeding wordt slechts verleend indien er sprake is van een gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid ten gevolge van behandeling met chemotherapie en/of bestraling en Stad Holland Zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor de vergoeding.

geen

maximaal € 135,-
per kalenderjaar

Psychologische hulp – kortdurend

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van hulp door een psycholoog gebonden aan een maximum van 5 zittingen. Vanuit de Uitgebreide AV worden maximaal 4 extra zittingen, tot een totaal van maximaal 9 zittingen per kalenderjaar, vergoed.

De maximale vergoeding bedraagt, net als in de basisverzekering, € 62,- per zitting.

De psycholoog dient, net als voor vergoeding vanuit de basisverzekering, wel aan bepaalde kwalificaties te voldoen. Voor meer informatie hierover kunt u terecht op www.stadholland.nl.

geen

€ 62,- per zitting,
maximaal
4 zittingen
per kalenderjaar



Rechtsbijstand

Uitgebreide AV-verzekerden hebben binnen Nederland aanspraak op rechtsbijstand, op grond van een hiervoor door Stad Holland Zorgverzekeraar getroffen voorziening, bij het verhalen van door hen geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon.

De te verhalen schade dient het gevolg te zijn van foutief medisch handelen binnen Nederland, zijnde een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze aanvullende en/of basisverzekering zijn of worden vergoed. De rechtsbijstand wordt verleend door DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij met inachtneming van de bij DAS op het moment van aanspraak van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering. Voor noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt per schadegeval een vergoeding van maximaal € 4.600,-.

Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand krachtens enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, verleent DAS alleen rechtsbijstand indien en voor zover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen rechten kunnen worden ontleend.

geen

maximaal
€ 4.600,-

Reiskosten bezoek aan ziek kind

Voor ziekenbezoek van ouders aan een kind (jonger dan 18 jaar) dat langer dan 14 dagen is opgenomen, worden de reiskosten eenmaal per dag (vice versa) vergoed.

De vergoeding is per kilometer (via de kortste route) en wordt gedaan op basis van een door de verzekerde in te dienen specificatie (inclusief opname-/ontslagbewijs). Het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis, niet zijnde een AWBZ-instelling, dat zich op meer dan 30 kilometer afstand van de eigen woonplaats bevindt. Als de opname langer dan 14 dagen duurt, kan de vergoeding worden gedeclareerd vanaf de eerste dag van opname. Het aantal kilometers per dag dat boven de 30 komt zal worden vergoed.

€ 0,18 per
kilometer€ 0,18 per
kilometer

Rollator

Vergoed wordt, eenmaal per 5 kalenderjaren, een percentage van de kosten van een rollator tot een maximumbedrag. De rollator dient voor langdurig gebruik te zijn en moet vooraf bij Stad Holland worden aangevraagd op voorschrift van een arts.

50%, maximaal
€ 40,- per 5
kalenderjaren100%, maximaal
€ 80,- per 5
kalenderjaren

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
<p>Second opinion</p> <p>Vergoed worden de kosten verbonden aan het verkrijgen van een second opinion in Nederland van een andere specialist dan de behandelend specialist op verwijzing van de huisarts. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.</p>	100%	100%
<p>Sport Medisch Adviescentrum</p> <p>Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 60% van de kosten van een sport-medisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum.</p>	geen	60%
<p>Steunpessaria</p> <p>Steunpessaria worden volledig vergoed, wanneer deze op medisch voorschrift zijn aangeschaft en geplaatst door een huisarts.</p>	100%	100%
<p>Steunzolen</p> <p>Vergoed wordt 50% van de kosten tot een maximum per kalenderjaar.</p>	50%, maximaal € 55,- per kalenderjaar	50%, maximaal € 55,- per kalenderjaar
<p>Stottertherapie</p> <p>Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten van een stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een tiendaagse training maximaal € 550,- en voor een driedaagse vervolgtraining maximaal € 95,- voor de duur van de verzekering.</p>	geen	tiendaagse training € 550,- driedaagse vervolgtraining € 95,- voor de duur van de verzekering

Tandheelkunde

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor tandheelkunde.

Stad Holland kiest ervoor de basale tandheelkundige verrichtingen (zoals de meest voorkomende vullingen, verdovingen, wortelkanaalbehandelingen en het trekken van tanden en kiezen) volledig te vergoeden zonder beperking in aantal of bedrag. Dit heeft als groot voordeel dat de vergoeding voor deze verrichtingen niet afhankelijk is van een jaarlijks budget dat op kan raken. U hoeft voor deze verrichtingen dus niets bij te betalen. Voor bepaalde verrichtingen, zoals bijvoorbeeld consulten en röntgenfoto's, is een maximum aantal vastgelegd. Als u dit aantal overschrijdt, zult u het meerdere zelf moeten bijbetalen. Voor andere verrichtingen, zoals bijvoorbeeld kronen, geldt een maximumvergoeding. Bij deze verrichtingen kan een eigen bijdrage gelden.

In onderstaande tabel hebben we alle verrichtingen opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden. Hierbij is ook aangegeven of er eventueel een maximum is opgenomen in het te vergoeden aantal. In de tandheelkunde worden veel verschillende codes gehanteerd. De meest voorkomende codes worden door ons vergoed en treft u in de tabel aan. Voor een overzicht van alle tandheelkundige verrichtingen, inclusief de codes die niet worden vergoed, verwijzen we u naar onze website.

Voorwaarden voor onderstaand vermelde hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven.

Tabel overzicht tandheelkundige vergoedingen Standaard AV en Uitgebreide AV

		Standaard	Uitgebreide			Standaard	Uitgebreide
Code	Verrichting	Vergoeding		Code	Verrichting	Vergoeding	
A. Algemeen				Trekken tanden en kiezen (extracties/chirurgische ingrepen)			
Consulten				H11	Trekken tand of kies	100%	100%
C11	Periodiek onderzoek	100%	100%	H16	Trekken volgende tand of kies, in zelfde zitting en zelfde kwadrant	100%	100%
C13	Incidenteel consult	geen	100%	H26	Hechten weke delen	100%	100%
Jaarlijks komen de codes C11 en C13 tezamen maximaal tweemaal voor vergoeding in aanmerking.				H35	Gecomplieerde extractie met opklap	100%	100%
C85	Weekendbehandeling	100%	100%	H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%	100%
C86	Avondbehandeling	100%	100%	H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%	100%
C87	Nachtbehandeling	100%	100%	Alle overige H-codes, uitgezonderd H90 (kosten OK)		geen	100%
Tandsteen verwijderen (gebitsreiniging)				Eenvoudige extracties door de kaakchirurg			
Jaarlijks komt maximaal tweemaal gebitsreiniging voor vergoeding in aanmerking met een maximale vergoeding van € 13,20 per behandeling.				100%	100%		
Mo3	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	€ 13,20	€ 13,20				

Vergoedingen

		Standaard	Uitgebreide
Code	Verrichting	Vergoeding	
Verdoving (anesthesie)			
Lokale verdovingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.			
A10	Verdoving	100%	100%
Vullingen (restauraties door middel van plastisch materiaal)			
De meest voorkomende vullingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. De eventueel bijkomende behandelcodes worden niet vergoed.			
V11	Eénvlaksvulling	100%	100%
V12	Tweevlaksvulling	100%	100%
V13	Drievlaksvulling	100%	100%
V14	Vier- of meervlaksvulling van plastisch materiaal	geen	100%
V20	Etsen	100%	100%
V21	Etsen in combinatie met etsbare onderlaag	100%	100%
Wortelkanaalbehandelingen (endodontie)			
De meest gebruikelijke behandelcodes voor wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed, zonder beperking in aantal.			
E01	Wortelkanaal consult	100%	100%
E02	Uitgebreid wortelkanaal consult	€ 20,85	€ 20,85
E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%	100%
E42	Terugzetten verplaatst element	100%	100%
E43	Vastzetten element d.m.v. spalk	100%	100%
E44	Verwijdering spalk	100%	100%
E77, E78	Initiële wortelkanaalbehandeling bij waarneming	100%	100%
E13	Eénkanaalig element*	100%	100%
E14	Tweekanaalig element*	100%	100%
E16	Driekanaalig element*	100%	100%
E17	Vier- of meerkanaalig element*	100%	100%

* Per kalenderjaar bedraagt de totale vergoeding, naast de codes E13, E14, E16 en E17, voor bijkomende verrichtingen (overige niet genoemde E-codes) maximaal € 55,-.

		Standaard	Uitgebreide
Code	Verrichting	Vergoeding	
Tandvleesbehandelingen (parodontologie)			
Uit de Uitgebreide AV wordt 50% van de kosten voor tandvleesbehandelingen (verrichtingen met T-codes) vergoed tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar.			
Röntgenfoto's			
Jaarlijks worden uit de Uitgebreide AV maximaal drie kleine röntgenfoto's vergoed. Uit de Standaard AV worden jaarlijks maximaal twee kleine röntgenfoto's vergoed. De kaakoverzichtsfoto wordt vergoed tot het maximum.			
De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt uit de Standaard AV € 30,70 per kalenderjaar en uit de Uitgebreide AV € 46,- per kalenderjaar.			
X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 2	100%, max. 3
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 30,70	€ 46,-
Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)			
G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	geen	50%
B. Protheses			
Kunstgebit (volledige gebitsprothese)			
Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Van de overige 25% wordt een deel vergoed uit de aanvullende verzekering.			
Wanneer de kosten, inclusief techniekkosten, hoger zijn dan € 560,- per kaak dient de behandelaar vooraf een machtiging aan te vragen. Opvullen en reparatie van een volledig kunstgebit worden volledig vergoed uit de basisverzekering.			
P21, P25	Volledig kunstgebit boven- of onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 61,25	100%, max. € 122,50
P30	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 115,-	100%, max. € 230,-
P40	Immediaattoeslag	50%	100%
P45	Noodprothese	50%	100%
P78	Uitbreiding tot volledige prothese	50%	100%

		Standaard	Uitgebreide
Code	Verrichting	Vergoeding	
Klikgebit (volledige overkappingsprothese op implantaten)			
De kosten van een klikgebit worden vergoed vanuit de basisverzekering, met uitzondering van de wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Er dient altijd vooraf een machtiging aangevraagd te worden. Opvullen en reparatie van een volledig klikgebit, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de basisverzekering.			
J50	Volledige bovenprothese op implantaten, in combinatie met onderprothese op implantaten	50%, max. € 90,-	100%, max. € 180,-
J51	Volledige onderprothese op implantaten	50%, max. € 45,-	100%, max. € 90,-
J52	Volledige bovenprothese op implantaten	50%, max. € 45,-	100%, max. € 90,-
Gedeeltelijk kunstgebit (partiële prothese)			
Gedeeltelijke protheses en frameprotheses (incl. techniekkosten), gemaakt bij een tandarts of tandprotheticus, worden vergoed tot een maximumbedrag.			
P10	Gedeeltelijk kunstgebit 1 - 4 elementen	€ 80,-	€ 120,-
P15	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 135,-	€ 200,-
P34	Frame 1 - 4 elementen	€ 190,-	€ 285,-
P35	Frame 5 - 13 elementen	€ 240,-	€ 360,-
P51, P52, P53, P54	Opvullen gedeeltelijk kunstgebit	geen	€ 80,- p/kal.jr
P57, P58	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
P79	Uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.		€ 500,- p/2 kal.jr.	€ 700,- p/2 kal.jr.

		Standaard	Uitgebreide
Code	Verrichting	Vergoeding	
C. Uitgebreide tandheelkundige hulp			
Kronen en bruggen; overige tandheelkundige hulp			
Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de Uitgebreide AV.			
P31	Gegoten wortelkappen met stift	geen	€ 95,-
P32	Extra per precisieverankering	geen	€ 65,-
R13	Drievlaksinlay	geen	€ 250,-
R24	Kroon	geen	€ 250,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	geen	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	geen	€ 95,-
R40	Eerste brugtussendeel	geen	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	geen	€ 105,-
R60	Plakbrug zonder preparatie	geen	€ 130,-
R61	Plakbrug met preparatie	geen	€ 155,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	geen	€ 80,-
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	geen	€ 90,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	geen	€ 90,-
De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten). Te vergoeden na afronding van de totale behandeling en na indiening van de totale nota voor het implanteren en plaatsing kroon/brug.		geen	€ 450,-
Vanuit de Uitgebreide AV kent de vergoeding van alle onder C genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp tezamen een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar.		geen	€ 450,- p/kal.jr.

Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar

Vergoed wordt € 7,- per dag bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen jonger dan 21 jaar gedurende maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren. Het verblijf moet zijn voorgeschreven door de behandelend specialist.

€ 7,- per dag,
maximaal 42
dagen per 2
kalenderjaren

€ 7,- per dag,
maximaal 42
dagen per 2
kalenderjaren

Vaccinaties buitenland

Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt 50% vergoed, tot ten hoogste € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

geen

50%,
maximaal € 50,-
per kalenderjaar

Voor de kosten van injecties uitgevoerd door SGZ Gezondheid & Zorg geldt een vergoeding van 100% (voor adressen zie www.sgzopreis.nl).

geen

via SGZ 100%

Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

Verblijf bij levertransplantatie

Na een levertransplantatie kan verder herstel plaatsvinden in een Prinses Margriethuis. De verzorging wordt gedaan door een naast familielid. Voor het verblijf van de patiënt wordt maximaal € 35,- per dag vergoed; voor het familielid maximaal € 25,- per dag. De vergoeding wordt verleend voor maximaal 28 dagen per kalenderjaar.

€ 35,- per dag
per patiënt,
€ 25,- per dag
per familielid,
maximaal 28
dagen
per kalenderjaar

€ 35,- per dag
per patiënt,
€ 25,- per dag
per familielid,
maximaal 28
dagen
per kalenderjaar

Vervangende mantelzorg

Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt, kan door Stad Holland Zorgverzekeraar voor professionele “vervangende mantelzorg” gezorgd worden. Dit wordt vergoed voor een periode van maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Vervangende mantelzorg dient vooraf bij Stad Holland Zorgverzekeraar te worden aangevraagd.

100%,
maximaal
14 dagen per
kalenderjaar

100%,
maximaal
14 dagen per
kalenderjaar



Heeft u nog vragen?

Ga naar www.stadholland.nl of neem contact op met één van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

Een declaratie indienen?

Wilt u uw declaratie indienen? Dat kan heel eenvoudig en snel op onze beveiligde omgeving MijnStadHolland.nl. U hoeft alleen een scan te maken van uw nota en deze via Mijn Stad Holland te uploaden.

Declareert u uw zorgkosten liever via de post? Vult u dan een declaratieformulier in en stuur dit tezamen met de originele nota aan ons op.



Postbus 295
3100 AG Schiedam

T (010) 2 466 480

www.stadholland.nl