



**Standaard en Uitgebreide
aanvullende verzekering
2011 Vergoedingenoverzicht**

Nieuw in de aanvullende verzekering naar aanleiding van beperkingen in de basisverzekering door de overheid

- Anticonceptiemiddelen (waaronder de pil) worden uit de Uitgebreide AV vergoed vanaf 21 jaar. Tot 21 jaar vindt nog steeds vergoeding plaats uit de basisverzekering.
- De vergoedingen voor tandheelkunde gelden in de aanvullende verzekering nu ook voor jongeren van 18 tot 22 jaar. Per 1 januari 2011 betalen verzekerden van 18 tot 22 jaar daarom weer premie voor de Standaard AV of de volledige premie voor de Uitgebreide AV.
- Eenvoudige extracties (trekken van tanden en kiezen) door een kaakchirurg worden vergoed.
- Er is een vergoeding voor een rollator opgenomen.

Gewijzigd in de aanvullende verzekering in 2011

- Bij orthodontie is voor nieuwe en bijzondere technieken (te weten Invisalign en linguale apparatuur) een maximumvergoeding opgenomen.
- Een aantal vergoedingen is verhoogd.
- Er heeft een aantal tekstuele wijzigingen plaatsgevonden ter verduidelijking.

Zie voor de exacte voorwaarden het vergoedingenoverzicht.

Vergoedingenoverzicht 2011

We hebben voor u de verschillende vergoedingen van de Standaard AV en de Uitgebreide AV op een rij gezet. De premie is per maand verschuldigd bij vooruitbetaling. De Standaard AV kost € 17,95 per persoon per maand, de Uitgebreide AV € 29,95 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.

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.

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



Eveline Broekhart

Holland = Klein maar fijn

Thuis = na een dag hard werken op de bank ploffen

Vergoedingen	Standaard AV	Uitgebreide AV
	€ 17,95	€ 29,95
<p>Acnebehandelingen</p> <p>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.</p>	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
<p>Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen</p> <p>Voor vergoeding komen in aanmerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acupunctuur: kosten van consulten verleend door acupuncturisten; • antroposofische geneeskunde: de kosten van alle antroposofische consulten voorzover 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). <p>Wat betreft de consulten homeopathische behandelingen verwijzen wij naar "Homeopathie".</p> <p>De kosten komen per behandeldatum maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking. Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd.</p> <p>De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.</p>	maximaal € 25,- per behandeldatum, maximaal € 450,- per kalenderjaar	maximaal € 25,- per behandeldatum, maximaal € 450,- per kalenderjaar
<p>Anticonceptie</p> <p>Er bestaat een vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptieimplantaat. Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts.</p>	geen	100% GVS
<p>Borstprothese plakstrips</p> <p>Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.</p>	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. De vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren verleend voor maximaal 2 brillenglazen/contactlenzen. Voor systeemplenzen geldt dezelfde maximumvergoeding per 2 kalenderjaren. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken.

maximaal € 35,- per glas/lens per 2 kalenderjaren	maximaal € 35,- per glas/lens 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, 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 bemiddeling bij overmaken van benodigd geld voor medische behandelingen;
- 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.

75%, maximaal

75%, maximaal

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).

€ 150,- per
kalenderjaar

€ 150,- per
kalenderjaar

Fysiotherapie en/of manuele therapie

Vergoed worden de kosten van behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

Voor de Standaard AV geldt een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen.

Voor de Uitgebreide AV geldt een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie.

Vanaf de 19e behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd.

Voor manuele therapie geldt een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar.

Voor manuele therapie geldt zowel voor de Standaard AV als de Uitgebreide AV dat:

- 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,- per zitting;
- manuele therapie € 39,- per zitting;
- bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 42,- per zitting.

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

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.

fysiotherapie en manuele therapie samen	fysiotherapie onbeperkt
maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan manuele therapie:	manuele therapie per kalenderjaar:
• 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

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.beweegzoeker.nl.

maximaal	maximaal
€ 12,50 per maand,	€ 12,50 per maand,
maximaal 6	maximaal 6
maanden voor	maanden voor
de duur van de	de duur van de
verzekering	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 herstellingsoorde die voor vergoeding in aanmerking komen, verwijzen wij u naar de lijst op onze website www.stadholland.nl.

€ 40,- per dag,	€ 40,- per dag,
maximaal 42	maximaal 42
dagen per kalen-	dagen per kalen-
derjaar	derjaar

Homeopathie

Vergoed worden kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) 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	€ 35,- per
behandeldatum,	behandeldatum,
maximaal	maximaal
€ 350,- per kalen-	€ 350,- per kalen-
derjaar	derjaar

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 Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of de Artsenvereniging tot Bevordering van de NatuurGeneeskunde (ABNG);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- de samenstelling van het middel bestaat volledig uit homeopathische verdunningen of verwijvingen;
- het homeopathisch middel moet geregistreerd staan in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (Z-index) als homeopathisch middel of antroposofisch middel.

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

100%	100%
------	------

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

Hoortoestellen

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van hoortoestellen gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, wordt 50% uit de Uitgebreide AV vergoed, tot een maximumbedrag van € 360,- per 5 kalenderjaren.	geen	50%, maximaal € 360,- 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
---	---------------------------	----------------------------

Medisch kraampakket

Na inlevering van een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige, huisarts of gynaecoloog) ontvangt u vanaf de 6e maand van uw zwangerschap een medisch 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. Voor de Standaard AV geldt een maximum van 18 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar. Voor de Uitgebreide AV geldt een onbeperkt aantal behandelingen. Vanaf de 19e behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De maximumvergoeding bedraagt € 28,- 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.

Cesar en
Mensendieck
samen
maximaal 18
behandelingen
per kalenderjaar

onbeperkt

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 wordt 75% van de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:

- 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;
- vergoeding bedraagt 75% met een maximum van € 685,- uit de Standaard AV voor de duur van de verzekering;
- om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden ouder dan 18 jaar minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn;
- voor Invisalign en linguale apparatuur geldt uit de Uitgebreide AV een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering.

75%, maximaal € 685,- voor de duur van de verzekering	75%, voor Invisalign en linguale appara- tuur geldt een maximumver- goeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering
--	---

Niet nagekomen afspraak of vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed.

Vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven.

Overbehandling gelaat

Bij ernstige overbehandling van het gelaat en/of de hals bij vrouwen wordt 75% van de kosten van elektrische epilatie, lichtflits therapie 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 kalen-
derjaar

75%, maximaal
€ 150,- per kalen-
derjaar

Pedicure voor diabetespatiënten

Uit de Uitgebreide AV wordt 75% van de kosten van een pedicurebehandeling bij een diabetespatiënt vergoed, voorzover dit niet uit de basisverzekering wordt vergoed. 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 behan-
deling, maximaal
6 behandelingen
per kalenderjaar

Plaswekker

Er geldt een eenmalige vergoeding van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luiers 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. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut of podokinesiooloog.

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.

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.

geen

maximaal € 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.

Psychologische hulp – kortdurend

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van hulp door een psycholoog gebonden aan een maximum van 8 zittingen. Vanuit de Uitgebreide AV worden maximaal 4 extra zittingen per kalenderjaar vergoed met een vergoeding van € 50,- per zitting.

geen

€ 50,-, 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 in acht-neming 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,-.

geen

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 voorzover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen rechten kunnen worden ontleend.

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	€ 0,18 per
kilometer	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 Zorgverzekeraar worden aangevraagd op voorschrift van een arts.

50%, maximaal	100%, maximaal
€ 40,- per 5	€ 80,- per 5
kalenderjaren	kalenderjaren

Second opinion

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 voorzover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.

100%	100%
------	------



Roma Bakken

Holland	=	de HOLLANDSE Leeuw
Gezondheid	=	goed bewegen pillen

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

Sport Medisch Adviescentrum

Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 60% van de kosten van een sport-medisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum.

geen

60%

Steunpessaria

Steunpessaria worden volledig vergoed, wanneer deze op medisch voorschrift zijn aangeschaft en geplaatst door een huisarts.

100%

100%

Steunzolen

Vergoed wordt 50% van de kosten tot een maximum per kalenderjaar.

50%, maximaal
€ 55,- per
kalenderjaar

50%, maximaal
€ 55,- per
kalenderjaar

Stottertherapie

Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten van een stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een vierdaagse training maximaal € 95,- en voor een tiendaagse training maximaal € 550,- voor de duur van de verzekering.

geen

vierdaagse
training € 95,-
tiendaagse
training € 550,-
voor de duur
van de verzeke-
ring

Tandheelkunde

Voorwaarden voor onder A, B, C en D genoemde hulp aan verzekerden van 18 jaar en ouder:

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven.

Niet nagekomen afspraak (C90) wordt niet vergoed.

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

A. Algemeen

Diagnostisch onderzoek

C11	periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar;	100%	100%
C12	periodiek preventief onderzoek, tweede in hetzelfde kalenderjaar;	100%	100%
C13	incidenteel consult.	geen	100%

NB: Jaarlijks komen maximaal 2 C-codes (C11, C12, C13) voor vergoeding in aanmerking.

C85	weekendbehandeling (van zaterdag 00.00 uur tot zondag 24.00 uur);	100%	100%
C86	avondbehandeling (tussen 18.00 uur en 24.00 uur);	100%	100%
C87	nachtbehandeling (tussen 24.00 uur en 07.00 uur).	100%	100%

Tandsteen verwijderen

M50	beperkte gebitsreiniging;	100%	100%
M55	gemiddelde gebitsreiniging;	€ 13,20	€ 13,20
M59	uitgebreide gebitsreiniging.	€ 13,20	€ 13,20

NB: Jaarlijks komen maximaal 2 M-codes voor vergoeding in aanmerking met een maximumvergoeding van € 13,20 per behandeling.

Chirurgische ingrepen

H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55;	100%	100%
Alle overige H-codes, uitgezonderd H90.	geen	100%
Eenvoudige extracties door een kaakchirurg worden ook vergoed.	100%	100%

Anesthesie (verdooving)

A10	verdooving	100%	100%
-----	------------	------	------

Endodontie (wortelkanaalbehandelingen)

E01	endodontisch consult;	100%	100%
E02	uitgebreid endodontisch consult;	€ 20,10	€ 20,10
E03	consult na dentaal trauma;	100%	100%
E40	directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma);	100%	100%
E42	repositie geluxeerd element;	100%	100%
E43	aanbrengen fixatie d.m.v. spalk;	100%	100%
E44	verwijdering spalk;	100%	100%
E77/E78	initiële wortelkanaalbehandeling.	100%	100%

Vergoedingen		Standaard AV	Uitgebreide AV
E13	éénkanalig element *);	100%	100%
E14	tweekanalig element *);	100%	100%
E16	driekanalig element *);	100%	100%
E17	vierkanalig 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,-.		maximaal € 55,- per kalenderjaar	maximaal € 55,- per kalenderjaar
Parodontologie (tandvleesbehandeling)			
Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 50% van de kosten, tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar.		geen	50%, maximaal € 150,- per kalenderjaar
Restauraties door middel van plastisch materiaal			
V10	pitvullingen;	100%	100%
V11	éénvlaksvullingen;	100%	100%
V12	tweevlaksvullingen;	100%	100%
V13	drievlaksvullingen;	100%	100%
V14	vijfvlaksvulling van plastisch materiaal;	geen	100%
V20	etsen;	100%	100%
V21	etsen in combinatie met etsbare onderlaag.	100%	100%
Röntgendiagnostiek			
X10	intra-orale röntgenfoto's;	100%, maximaal 2 foto's per kalenderjaar	100%, maximaal 3 foto's per kalenderjaar
X21	orthopantomogram.	maximaal € 29,50	maximaal € 44,25
De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt per kalenderjaar:		€ 29,50	€ 44,25
Gnatologie (behandeling kaakgewrichtsklachten)			
G69	occlusale opbeetspalk, inclusief techniekkosten	geen	50%

B.1. Volledige prothesen bij tandarts of tandprotheticus

Voor een volledige prothese geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering (Regeling Mondzorg).

Voorafgaande toestemming is vereist, wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten meer dan € 550,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen.

Voor de 25% eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding uit de aanvullende verzekering:

P21, P25	volledige boven- of onderprothese incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten;	50% tot maximaal € 60,-	100% tot maximaal € 120,-
P30	volledige boven- en onderprothese incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten;	50% tot maximaal € 112,50	100% tot maximaal € 225,-
P40	immediaattoeslag;	50%	100%
P45	noodprothese;	50%	100%
P78	uitbreiden tot volledige prothese.	50%	100%

B.2. implantaat gedragen prothese bij tandarts of tandprotheticus

J50	volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op implantaten;	50%, maximaal € 90,-	100%, maximaal € 180,-
J51	volledige onderprothese op implantaten;	50%, maximaal € 45,-	100%, maximaal € 90,-
J52	volledige bovenprothese op implantaten.	50%, maximaal € 45,-	100%, maximaal € 90,-

Rebasing en reparatie van een volledige prothese, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de basisverzekering.

C. Partiële prothesen

De maximumvergoedingen voor kosten (incl. techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus, zijn:

P10	partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen;	€ 80,-	€ 120,-
P15	partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen;	€ 135,-	€ 200,-
P34	partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen;	€ 190,-	€ 285,-
P35	partiële frameprothese 5 of meer elementen;	€ 240,-	€ 360,-
P51, P52, P53, P54	rebasen van partiële kunsthars- of frameprothese;	geen	€ 80,- p/kal.jr.
P79	bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese;	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
P57, P58	reparatiekosten van een partiële prothese.	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.

De vergoeding van alle onder B en C genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.	€ 500,- per 2 kalenderjaren	€ 700,- per 2 kalenderjaren
---	--------------------------------	--------------------------------

D. Uitgebreide tandheelkundige hulp, waaronder kronen en bruggen

Er geldt een maximale vergoeding 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,-
R20, R25, R26, R13	gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon;	geen	€ 250,-
R32	gegoten opbouw indirecte methode;	geen	€ 95,-
R33	gegoten opbouw directe methode;	geen	€ 95,-
R40	brugdeel 1e dummy;	geen	€ 155,-
R45	brugdeel 2e en volgende dummy;	geen	€ 105,-
R60	etsbrug zonder preparatie;	geen	€ 130,-
R61	etsbrug met preparatie;	geen	€ 155,-
R65	toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel;	geen	€ 80,-
R78	indirecte labiale veneering zonder preparatie;	geen	€ 90,-
R79	indirecte labiale veneering 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	maximaal € 450,-
--	------	---------------------

De vergoeding van alle onder D genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp samen kent een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar.	geen	maximaal € 450,- per kalen- derjaar
---	------	---

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%

De vergoeding wordt verleend voorzover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens 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 een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

Een declaratie indienen?

Wilt u uw declaratie indienen? Vult u dan een declaratieformulier in en stuur dit tezamen met de originele nota naar ons toe. Wij zullen de vergoeding zo spoedig mogelijk aan u overmaken.



Postbus 295
3100 AG Schiedam

T (010) 2 466 480

www.stadholland.nl