

STANDAARD & UITGEBREID
VERGOEDINGENOVERZICHT 2020



INHOUD

Algemene informatie	3
Vergoedingen	4
Acnebehandelingen	4
Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen	4
Anticonceptie	5
Borstprothese plakstrips	5
Brillenglazen/contactlenzen voor volwassenen	5
Brillen/contactlenzen voor kinderen	6
Buitenland	6
Camouflagetherapie	6
Fysiotherapie en/of manuele therapie	7
Haptotherapie	8
Hartpatiënten, begeleid trainen	8
Herstellingsoort	8
Homeopathie	9
Homeopathische geneesmiddelen	9
Hoortoestellen	9
Hospice	10
Kraamzorg en bevalling	10
Logeerhuis	10
Oefentherapie Cesar en Mensendieck	11
Oncologie	11
Ongevallenuitkering	11
Orthodontie	12
Overbeharing gelaat	12
Overgangsconsulente	13
Pedicure voor diabetespatiënten	13
Plaswekker	13
Podotherapie	13
Preventief onderzoek	14
Pruiken	14
Reanimatiecursus	14
Rechtsbijstand	15
Reiskosten bezoek aan ziek kind	15
Rollator	16
Sport Medisch Adviescentrum	16
Steunpessaria	16
Steunzolen	16
Stottertherapie	16
Tandheelkunde	17
Tand-ongevallendeckking	17
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar	19
Vaccinaties buitenland	19
Verblijf bij levertransplantatie	19

ALGEMENE INFORMATIE

In deze brochure vindt u de vergoedingen van de Standaard AV en de Uitgebreide AV.

PREMIE

De Standaard AV kost € 22,50 en de Uitgebreide AV € 38,75 per persoon per maand.

De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd.

KINDEREN

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

- het verzekerde kind heeft ook een basisverzekering bij Stad Holland;
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van de verzekeringnemer.

DUUR VAN DE VERZEKERING

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

In deze brochure wordt bij een aantal vergoedingen vermeld dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent. Bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering tellen vergoedingen die u in het verleden van Stad Holland heeft ontvangen mee voor de bepaling van de hoogte van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering.

EIGEN RISICO

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

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

VERGOEDINGEN

ACNEBEHANDELINGEN

STANDAARD	UITGEBREID	
75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	Vergoed wordt 75% van de kosten van de behandelingen (exclusief middelen) tot een maximum per kalenderjaar. Alleen behandelingen aan het gelaat en/of de hals worden vergoed. De behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

ALTERNATIEVE (NIET REGULIERE) GENEESWIJZEN

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 25,- per behandel- datum, maximaal € 450,- per kalenderjaar	maximaal € 30,- per behandel- datum, maximaal € 450,- per kalenderjaar	<p>Voor vergoeding komen in aanmerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACUPUNCTUUR kosten van consulten verleend door acupuncturisten; • ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE 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 chiropractors; • 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 het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of aangesloten zijn bij de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).

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.

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

ANTICONCEPTIE

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	100% GVS	Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit de Uitgebreide AV bestaat vanaf 21 jaar een vergoeding voor de volgende farmaceutische anticonceptiemiddelen: <ul style="list-style-type: none">• anticonceptiepil;• anticonceptie-implantaat;• Evra pleister;• morning-afterpil;• nuvaring;• prikpil;• spiraaltje. Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt niet vergoed. Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts.

BORSTPROTHESE PLAKSTRIPS

STANDAARD	UITGEBREID	
100%	100%	Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

BRILLENGLAZEN/CONTACTLENZEN VOOR VOLWASSENEN

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 35,- per glas/lens per 2 kalenderjaren vanaf 6 dioptrieën	maximaal € 35,- per glas/lens per 2 kalenderjaren vanaf 6 dioptrieën	De vergoeding voor verzekerden van 18 jaar en ouder is per oogafwijking met een sterkte vanaf 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische (+ of – sterkte) en cilindrische oogafwijking. 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 brillenglazen/contactlenzen. Voor systeemplenzen geldt dezelfde maximumvergoeding per 2 kalenderjaren.

BRILLEN/CONTACTLENZEN VOOR KINDEREN

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 70,- per kalenderjaar	maximaal € 70,- per kalenderjaar	De vergoeding voor kinderen onder de 18 jaar bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar voor een bril op sterkte (montuur inclusief glazen) of contactlenzen.

BUITENLAND

STANDAARD	UITGEBREID	
binnen Europa: 100%	binnen Europa: 100%	De aanvullende verzekering geeft tijdens vakantie in het buitenland de volgende aanspraken: <ul style="list-style-type: none">• 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 naar Nederland;• kosten van het organiseren en het toezenden van medicijnen en hulpmiddelen;• kosten van overbrengen van berichten door SOS International. Voor vergoedingen van vaccinaties bij een verblijf in het buitenland, zie 'Vaccinaties buitenland'.
buiten Europa: geen vergoeding	buiten Europa: 100%	

CAMOUFLAGETHERAPIE

STANDAARD	UITGEBREID	
75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	Vergoed wordt 75% van de kosten van de therapie tot een maximum per kalenderjaar. Vergoed worden: kosten van instructie voor camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals en de hiervoor te gebruiken camouflageproducten. De therapie moet worden verleend door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

FYSIOTHERAPIE EN/OF MANUELE THERAPIE

STANDAARD	UITGEBREID	
<p>fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:</p> <ul style="list-style-type: none">• maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut of orthomanueel geneeskundige	<p>fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:</p> <ul style="list-style-type: none">• maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut• maximaal 9 behandelingen door een orthomanueel geneeskundige	<p>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. Bij een chronische indicatie, afgegeven door een arts, worden vanaf de 21e behandeling de kosten uit de basisverzekering vergoed.</p> <p>Voor de Standaard AV geldt een maximum van 12 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen. Voor manuele therapie geldt een maximum van 9 behandelingen per kalenderjaar, geleverd door een manueel therapeut of orthomanueel geneeskundige.</p> <p>Voor de Uitgebreide AV geldt een maximum van 27 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen. Voor manuele therapie geldt een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan:</p> <ul style="list-style-type: none">• maximaal 9 behandelingen geleverd mogen worden door een manueel therapeut;• maximaal 9 behandelingen geleverd mogen worden door een orthomanueel geneeskundige. <p>De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) of bij het Keurmerk Fysiotherapie is geregistreerd. Dit geldt ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie, 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 Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG).</p> <p>Per zitting gelden de volgende maximumvergoedingen:</p> <ul style="list-style-type: none">• fysiotherapie € 30,-;• manuele therapie € 41,50;• orthomanuele therapie € 41,50;• bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 45,10. <p>Per dag komt maximaal 1 behandeling voor vergoeding in aanmerking.</p> <p>De vergoeding voor overige prestaties fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie. Het overzicht is te raadplegen via www.stadholland.nl.</p>

HAPTOTHERAPIE

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 35,- per consult, maximaal 9 consulten per kalenderjaar	maximaal € 35,- per consult, maximaal 9 consulten per kalenderjaar	Kosten van consulten verleend door een haptotherapeut die is aangesloten bij de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH) of het Nederlands Verbond voor Psychologen, psychosociaal therapeuten en Agogen (NVPA) komen voor vergoeding in aanmerking. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per consult met een maximum van 9 consulten.

HARTPATIËNTEN, BEGELEID TRAINEN

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 12,50 per maand, maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering	maximaal € 12,50 per maand, maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering	Het oefenprogramma van één van de aangesloten organisaties van Harteraad wordt vergoed. Dit betreft het begeleid trainen van hartpatiënten. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 12,50 per maand en geldt voor maximaal 6 maanden. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3). Om te zien welke organisaties voor vergoeding in aanmerking komen, kijk op www.harteraad.nl/hartvaatwijzer .

HERSTELLINGSOORD

STANDAARD	UITGEBREID	
€ 40,- per dag, maximaal 42 dagen per kalenderjaar	€ 40,- per dag, maximaal 42 dagen per kalenderjaar	Voor het verblijf in een herstellingsoord - niet zijnde een Wlz-instelling - wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar. Vergoeding vindt plaats voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering of op vergoeding van verblijf in een Wlz-instelling. De behandeling dient vooraf bij Stad Holland te worden aangevraagd en door Stad Holland te worden gemachtigd. Voor herstellingsoorden die voor vergoeding in aanmerking komen, verwijzen wij u naar het vergoedingenoverzicht op onze website www.stadholland.nl .

HOMEOPATHIE

STANDAARD	UITGEBREID	
€ 35,- per behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar	€ 35,- per behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar	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.

HOMEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN

STANDAARD	UITGEBREID	
100%	100%	<p>Homeopathische geneesmiddelen worden volledig vergoed indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, voedingssupplementen, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.</p>

HOORTOESTELLEN

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	100%, maximaal € 250,- per 5 kalenderjaren	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.

HOSPICE

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	€ 23,- per dag, maximaal 90 dagen	<p>Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten vergoed van de eigen bijdrage voor het verblijf en de verzorging in een particulier hospice of bijna-thuis-huis, tot maximaal € 23,- per dag, maximaal 90 dagen lang.</p> <p>Heeft u een Wlz-indicatie? Dan krijgt u de zorg in het hospice vergoed door het Zorgkantoor uit uw regio. De eigen bijdrage die het CAK oplegt wordt niet vergoed vanuit uw aanvullende verzekering.</p>

KRAAMZORG EN BEVALLING

STANDAARD	UITGEBREID	
EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG		
50% van de eigen bijdrage	100% van de eigen bijdrage	Vergoed wordt een percentage van de wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg door een erkende instelling voor kraamzorg.
KRAAMPAKKET		
kraampakket	kraampakket	Op aanvraag ontvangt u een kraampakket.
cadeautje	cadeautje	U ontvangt een cadeautje op het moment dat u uw kindje bij ons heeft aangemeld.
LACTATIEKUNDIGE		
geen vergoeding	100%, maximaal € 100,- voor de duur van de verzekering	Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten vergoed van advies en voorlichting van een lactatiekundige in de periode dat borstvoeding wordt gegeven. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,-. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).
POLIKLINISCHE BEVALLING		
geen vergoeding	€ 115,-	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.

LOGEERHUIS

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 35,- per etmaal	maximaal € 35,- per etmaal	Bij opname van een bij Stad Holland 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 logeershuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.

OEFENTHERAPIE CESAR EN MENSENDIECK

STANDAARD	UITGBREID	
Cesar en Mensendieck samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar	Cesar en Mensendieck samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar	<p>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. Maximaal 1 behandeling per dag komt voor vergoeding in aanmerking. Voor de Standaard AV geldt een maximum van 20 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.</p> <p>Voor de Uitgebreide AV geldt een maximum van 36 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.</p> <p>De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De maximumvergoeding bedraagt € 30,- per zitting.</p> <p>De vergoeding voor de overige prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie. Het overzicht is te raadplegen op www.stadholland.nl.</p>

ONCOLOGIE

STANDAARD	UITGBREID	
75%, maximaal € 150,-	75%, maximaal € 250,-	<p>Aanvullende hulp bij de emotionele verwerking van kanker, zoals geboden door erkende psycho-oncologische centra, wordt vergoed (voor zover deze zorg niet al uit de basisverzekering wordt vergoed).</p> <p>Voor erkende psycho-oncologische centra die voor vergoeding in aanmerking komen, verwijzen wij u naar het vergoedingenoverzicht op onze website www.stadholland.nl.</p>

ONGEVALLENUITKERING

STANDAARD	UITGBREID	
geen vergoeding	bij overlijden: € 2.300,- bij blijvende invaliditeit: maximaal € 4.600,-	<p>Uitkering wordt verleend indien de verzekerde jonger is dan 13 jaar en deze als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt. Bij blijvende invaliditeit wordt de hoogte van de uiteindelijke uitkering bepaald aan de hand van de Gliedertaxe.</p>

ORTHODONTIE

STANDAARD	UITGEBREID	
75%, maximaal € 685,- voor de duur van de verzekering	75%, maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar en maximaal € 1.000,- voor verzekerden vanaf 18 jaar voor de duur van de verzekering	Vergoed wordt 75% van de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:
verzekerden van 18 jaar en ouder moeten minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij Stad Holland voor orthodontie	verzekerden van 18 jaar en ouder moeten minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij Stad Holland voor orthodontie	<ul style="list-style-type: none">• 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,-. Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 75% van de kosten tot een maximum van € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar en tot een maximum van € 1.000,- voor verzekerden vanaf 18 jaar. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3);• orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts;• toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:<ul style="list-style-type: none">- orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;- het plaatsen van mini-implantaten (bone-anchors of permucoale implantaten);• om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden van 18 jaar en ouder minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij Stad Holland voor orthodontie.
		Niet vergoed wordt:
		<ul style="list-style-type: none">• niet nagekomen afspraak door verzekerde;• vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik;• documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur (F611A, F611B en F611C).

OVERBEHARING GELAAT

STANDAARD	UITGEBREID	
75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering	75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering	Vergoed wordt 75% van de kosten van elektrisch epilieren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke beharing) op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals. De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS), onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog/huidtherapeut. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

OVERGANGSCONSULENTE

STANDAARD	UITGEBREID	
75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	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.

PEDICURE VOOR DIABETESPATIËNTEN

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	75%, maximaal € 15,- per behandeling, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar	Vanuit de basisverzekering worden de kosten van pedicurebehandelingen bij een diabetespatiënt vergoed voor zorgprofiel 2 en hoger. Uit de Uitgebreide AV wordt 75% van de kosten van een pedicurebehandeling bij een diabetespatiënt vergoed, als er sprake is van zorgprofiel 0 of 1. 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. De hulp dient te worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet.

PLASWEKKER

STANDAARD	UITGEBREID	
huurkosten of 90% aanschafprijs, maximaal € 150,-	huurkosten of 90% aanschafprijs, maximaal € 150,-	Er geldt een eenmalige vergoeding van de huurkosten of van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luiërbroekjes met sensor). De vergoeding is maximaal € 150,-.

PODOTHERAPIE

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 27,50, maximaal 6 consulten per kalenderjaar	maximaal € 27,50, maximaal 6 consulten per kalenderjaar	Vergoed worden de consulten - maximaal € 27,50 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, (register)podoloog of podokinesioloog.

PREVENTIEF ONDERZOEK

STANDAARD	UITGEBREID	
100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar	100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar	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.

PRUIKEN

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	maximaal € 135,- per 12 maanden	<p>Vanuit de basisverzekering wordt een vergoeding voor pruiken verleend indien er sprake is van een gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid ten gevolge van behandeling met chemotherapie en/of bestraling, of een medische aandoening (bepaalde vormen van alopecia). De pruik dient vooraf bij Stad Holland te worden aangevraagd en door Stad Holland te worden gemachtigd.</p> <p>De vergoeding van pruiken vanuit de basisverzekering is 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 12 maanden.</p> <p>Bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) vindt geen vergoeding plaats.</p>

REANIMATIECURSUS

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	100%, maximaal € 50,- per kalenderjaar	Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten vergoed van een reanimatiecursus, tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

RECHTSBIJSTAND

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	maximaal € 7.500,-	<p>Voor Uitgebreide AV-verzekerden heeft Stad Holland een rechtsbijstandverzekering gesloten waarmee zij recht hebben op juridische hulp bij het verhalen van door hen geleden schade ten gevolge van foutief medisch handelen op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Deze schade moet het gevolg zijn van foutief medisch handelen - zoals een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening - binnen Nederland, waarvan de kosten door Stad Holland op grond van deze aanvullende en/of de basisverzekering zijn of worden vergoed.</p> <p>Deze rechtsbijstandverzekering is ondergebracht bij DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. (verder te noemen DAS). DAS beoordeelt of er recht is op rechtsbijstand en doet de uitvoering ervan. DAS verleent in principe zelf de rechtshulp. Indien het nodig is om externe deskundigen in te schakelen, vergoedt DAS voor de kosten van deze deskundigen maximaal € 7.500,- per conflict.</p> <p>Kunt u aanspraak maken op rechtsbijstand op grond van een andere verzekering, ongeacht wanneer die gesloten is, of op grond van wettelijke regelingen of andere voorzieningen? Dan verleent DAS alleen rechtsbijstand als en voor zover die andere verzekering of voorziening geen rechtsbijstand verleent.</p> <p>Op deze door Stad Holland gesloten verzekering zijn de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering van DAS van toepassing, alsmede aanvullende polisvoorwaarden. Deze kunnen worden opgevraagd bij DAS.</p>

REISKOSTEN BEZOEK AAN ZIEK KIND

STANDAARD	UITGEBREID	
€ 0,18 per kilometer	€ 0,18 per kilometer	<p>Als een kind jonger dan 18 jaar langer dan 14 dagen is opgenomen op meer dan 25 kilometer (enkele reis) van de eigen woonplaats, worden de reiskosten voor het ziekenbezoek van de ouder(s) vanaf de eerste dag vergoed. Het kind is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis (geen Wlz- of GGZ-instelling) of verblijft op basis van de logeervergoeding volgens de basisverzekering.</p> <p>De bezoekende ouder en het kind moeten allebei aanvullend verzekerd zijn bij Stad Holland. De aanvullende verzekering van het kind bepaalt de vergoeding.</p> <p>De reiskosten worden eenmaal per dag (heen- en terugreis) vergoed en via de kortste route berekend. De eerste 25 kilometer per dag worden niet vergoed.</p> <p>De verzekerde dient voor vergoeding een overzicht van de reiskosten inclusief opname-/ontslagbewijs in.</p>

ROLLATOR

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

SPORT MEDISCH ADVIESCENTRUM

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	60%	Vergoed wordt uit de Uitgebreide AV 60% van de kosten van een sport-medisch onderzoek bij een Sport Medisch Adviescentrum.

STEUNPESSARIA

STANDAARD	UITGEBREID	
100%	100%	Steunpessaria worden volledig vergoed wanneer deze zijn geplaatst door een huisarts.

STEUNZOLEN

STANDAARD	UITGEBREID	
50%, maximaal € 55,- per kalenderjaar	50%, maximaal € 75,- per kalenderjaar	Vergoed wordt 50% van de kosten tot een maximum per kalenderjaar.

STOTTERTHERAPIE

STANDAARD	UITGEBREID	
geen vergoeding	vijf- of tiendaagse cursus € 550,-, tweedaagse verdiepingscursus € 95,- voor de duur van de verzekering	Vanuit de Uitgebreide AV worden de kosten van stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een vijf- of tiendaagse cursus maximaal € 550,- en voor een tweedaagse verdiepingscursus maximaal € 95,-. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

TANDHEELKUNDE

STANDAARD	UITGEBREID	
consulten (C-codes): 100%	consulten (C-codes): 100%	Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandelingen, inclusief techniekkosten, uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist of tand-protheticus.
vullingen (V-codes): 100%	vullingen (V-codes): 100%	Voor alle behandelingen tezamen bedraagt de maximale vergoeding per verzekerde per kalenderjaar vanuit de Standaard AV € 250,- en vanuit de Uitgebreide AV € 350,-.
trekken van tanden en kiezen (H-codes): 100%	trekken van tanden en kiezen (H-codes): 100%	Vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven.
verdovingen (A-codes): 100%	verdovingen (A-codes): 100%	Onder dit artikel worden niet vergoed de kosten van orthodontie (voor vergoeding zie 'Orthodontie').
overige tandheelkunde: 75%	overige tandheelkunde: 100%	
tezamen maximaal € 250,- per kalenderjaar	tezamen maximaal € 350,- per kalenderjaar	

TAND-ONGEVALLENDEKING

STANDAARD	UITGEBREID	
maximaal € 2.500,- per ongeval	maximaal € 2.500,- per ongeval	In aanvulling op de rubriek tandheelkunde, vergoeden we de kosten van een noodzakelijke tandheelkundige behandeling als gevolg van een ongeval, voor zover geen vergoeding mogelijk is vanuit de basisverzekering. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.500,- per ongeval.
		Onder een ongeval verstaan we: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.

TAND-ONGEVALLENDEKKING - VERVOLG

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij Stad Holland;
- de herstelbehandeling moet vooraf worden aangevraagd en door Stad Holland worden gemachtigd;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van huisarts, tandarts, specialist of politie met hierin de datum en toedracht van het ongeval;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan met kostenbegroting (opgesteld door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg) en de beschikbare röntgenfoto's;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg;
- de behandeling dient uiterlijk 1 jaar na het ongeval te zijn afgerond. Behalve wanneer onze tandheelkundig adviseur van mening is dat het noodzakelijk is de behandeling uit te stellen, bijvoorbeeld omdat het gebit niet volgroeid is;
- het doel van de behandeling moet zijn het gebit te herstellen in de tandheelkundige staat zoals direct voorafgaand aan het ongeval.

Er is geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- als gevolg van het eten van etenswaren zoals kersenpitten, steentjes, botjes en andere harde voorwerpen;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van sport als (neven)beroep;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van een sport waarbij niet de bij die sport behorende gebruikelijke beschermingsmaatregelen zijn genomen;
- als gevolg van reeds bestaande tekortkomingen van het gebit zoals o.a. het reeds ontbreken van tanden en kiezen (vóór het ongeval) en achterstallig onderhoud;
- als gevolg van een ongeval en/of bij behandeling in het buitenland.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u een vergoeding krijgt en hoe hoog de vergoeding is. Hebt u vooraf geen toestemming aangevraagd? Dan betaalt u de kosten zelf.

THERAPEUTISCH KAMP VOOR ASTMATISCHE KINDEREN TOT 21 JAAR

STANDAARD	UITGEBREID	
€ 7,- per dag, maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren	€ 7,- per dag, maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren per ongeval	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 dient vooraf te worden aangevraagd en door Stad Holland te worden gemachtigd.

VACCINATIES BUITENLAND

STANDAARD	UITGEBREID	
geen	100%, maximaal € 80,- per kalenderjaar	Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt vanuit de Uitgebreide AV 100% vergoed, tot ten hoogste € 80,- per verzekerde per kalenderjaar. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

VERBLIJF BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

STANDAARD	UITGEBREID	
€ 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	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.

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? Digitaal uw rekening bij ons indienen is heel eenvoudig. U gebruikt hiervoor onze handige app of u kunt een scan van de nota uploaden via Mijn Stad Holland.

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.



Stad Holland Zorgverzekeraar



@Stadholland

stad^h holland
zorgverzekeraar

Postbus 295
3100 AG Schiedam

010 - 2 466 480

www.stadholland.nl