KLIK HIER VOOR DE TOEGANKELIJKE ONLINE VERSIE >

stad holland zorgverzekeraar



JONGEREN AV 2027

INHOUD

ALGEMENE INFORMATIE **3**

VERGOEDINGEN **4**

Acnebehandelingen 4

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen 4

Anticonceptie 5

Brillen en contactlenzen 6

Buitenland 6

Camouflageproducten en instructie 7

Fysiotherapie en/of manuele therapie 7

Hirsutisme 7

Oefentherapie Cesar en Mensendieck 8

Orthodontie 8

Preventieve zorg 8

- Sportmedisch onderzoek 8
- Vaccinaties buitenland 9

Steunzolen en podotherapie 9

Tandheelkunde 9

Tandongevallendekking 9

ALGEMENE INFORMATIE

PREMIE

De Jongeren AV kost € 12,75 per persoon per maand.
De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd.

VOOR WIE IS DE JONGEREN AV?

De Jongeren AV kan alleen worden afgesloten door jongeren van 18 tot en met 29 jaar oud, die bij Stad Holland ook de basisverzekering hebben afgesloten

DUUR VAN DE VERZEKERING

Je sluit de aanvullende verzekering af voor een periode van één kalenderjaar.
Een beëindiging van de aanvullende verzekering moet uiterlijk 31 december aan ons worden doorgegeven.
Wijzigen of aanvragen van een aanvullende verzekering kan tot en met 31 januari. De ingangsdatum wordt dan met terugwerkende kracht 1 januari.

Als je niets doet, wordt de duur van de aanvullende verzekering automatisch met één kalenderjaar verlengd, maximaal tot en met het jaar waarin je 30 wordt.

TOTALE VERGOEDING

In deze brochure wordt bij een aantal vergoedingen vermeld dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat je bij ons verzekerd bent. Bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering tellen vergoedingen die je in het verleden van Stad Holland hebt 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

VERGOEDING maximaal € 125,- per kalenderjaar

Vergoed worden 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 in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd.

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

VERGOEDING maximaal € 30,- per behandeldatum, maximaal € 400,- per kalenderjaar

Voor vergoeding komen in aanmerking:

- 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) of de Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Gespreks- en Psychotherapie (NVAGP);

- CHIROPRACTIE
  kosten van consulten verleend door chiropractors;

- HAPTOTHERAPIE
  Kosten van consulten verleend door een haptotherapeut die is aangesloten bij de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), het Nederlands Verbond voor Psychologen, psychosociaal therapeuten en Agogen (NVPA) of de Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG) komen voor vergoeding in aanmerking;

- HOMEOPATHIE
  kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Artsen Vereniging Integrale Geneeskunde (AVIG) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP) zijn geregistreerd;

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen - vervolg

- HOMEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN
  indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:
  - het recept is uitgeschreven door een arts, die lid is van de Artsen Vereniging Integrale Geneeskunde (AVIG), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA), de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP);
  - de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
  - het middel moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) met een geldig uniek registratienummer (Z-Indexnummer) en geregistreerd staan als homeopathisch of antroposofisch middel.

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

- MUSCULOSKELETALE GENEESKUNDE
  De kosten van de musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige) komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige) is geregistreerd in het Register Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG);

- 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 rekening dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.

Anticonceptie

VERGOEDING 100%, met uitzondering van eigen bijdrage

Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit de Jongeren AV bestaat vanaf 21 jaar een vergoeding voor de volgende farmaceutische anticonceptiemiddelen:

- anticonceptiepil;
- anticonceptie-implantaat;
- anticonceptiepleister;
- morning-afterpil;
- hormonale anticonceptiering;
- prikpil;
- spiraaltje (IUD).

Anticonceptie - vervolg

Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt niet vergoed.

De prikpil wordt alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts. Een spiraal of anticonceptie-implantaat wordt vergoed bij plaatsing door een huisarts of verloskundige.

Brillen en contactlenzen

VERGOEDING maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren

Er is een vergoeding voor maximaal 2 brillenglazen met bijbehorend montuur of 2 contactlenzen. Voor systeemlenzen geldt dezelfde maximumvergoeding.

Voor de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- de sterkte van het brillenglas of de contactlens is minimaal +0,25 of -0,25 dioptrieën;
- de sterkte wordt bepaald door optelling van de sferische (+ of - sterkte) en de cilindrische sterkte van het brillenglas of de contactlens;
- de sterkte moet duidelijk op de rekening staan;
- de bril of contactlenzen moeten door een opticien zijn verstrekt;
- de vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren gegeven. Hierbij wordt gekeken naar het kalenderjaar van aflevering en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

Een leesbril wordt niet vergoed.

Buitenland

VERGOEDING binnen Europa (EU-, EER- en verdragslanden): 100%
buiten Europa (overige landen): 100%

De aanvullende verzekering geeft in het buitenland de volgende aanspraken:
- spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van je prothese en/of noodrestauratie);
- tandsteen verwijderen, definitieve kronen en/of bruggen dan wel geheel nieuwe prothesen worden niet vergoed;
- professionele medische hulpverlening door de alarmcentrale SOS International;
- financiële garanties door de alarmcentrale SOS International, voor zover dit betrekking heeft op medische zorg binnen de EU-, EER- en verdragslanden;
- 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 ‘Preventieve zorg’.

Camouflageproducten en instructie

VERGOEDING maximaal € 125,- per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten van camouflageproducten en therapie tot maximaal € 125,- per kalenderjaar.

De vergoeding geldt voor:
- camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;
- de hiervoor te gebruiken camouflageproducten.

De therapie moet worden gegeven door een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Camouflagetherapie met behulp van laser wordt niet vergoed.

Fysiotherapie en/of manuele therapie

VERGOEDING fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

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 (bijlage 1 besluit zorgverzekering artikel 2.6), vastgesteld door een arts, verpleegkundig specialist of physician assistant, worden vanaf de 21e behandeling de kosten uit de basisverzekering vergoed.

Voor de Jongeren AV geldt een maximum van 6 behandelingen voor fysiotherapie en manuele therapie samen per kalenderjaar.

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of bij het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of bij het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie is geregistreerd. Dit geldt ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie, lymfoedeemtherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, geriatrie fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie.

Voor fysiotherapie geldt een maximumvergoeding. Per dag komt maximaal 1 behandeling voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie 2027. Het overzicht is te raadplegen op www.stadholland.nl.

Hirsutisme

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

Vergoed wordt 75% van de kosten van elektrisch epileren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals.

De diagnose hirsutisme moet zijn gesteld door een arts en de behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS). De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat je bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

VERGOEDING Cesar en Mensendieck samen maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar

De Jongeren AV geeft 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.

Er geldt een maximum van 9 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Voor oefentherapie geldt een maximumvergoeding.

De vergoeding voor de prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie 2027. Het overzicht is te raadplegen op www.stadholland.nl.

Orthodontie

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

Vergoed wordt 75% van de kosten van orthodontische behandelingen, maximaal € 500,-. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat je bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts;
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
  - Mini-implantaten/botankers komen alleen voor vergoeding vanuit de AV in aanmerking onder F-codes.

Niet vergoed wordt:
- niet nagekomen afspraak door verzekerde;
- vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik (F811);
- documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur (F611A, F611B en F611C);
- orthodontische apparatuur waarbij geen regelmatige fysieke controle hiervan door tandarts of orthodontist plaatsvindt.

Preventieve zorg

SPORTMEDISCH ONDERZOEK

VERGOEDING maximaal € 55,- per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten van een sportmedisch onderzoek uitgevoerd door een sportarts tot een maximum van € 55,- per kalenderjaar.

Er is geen vergoeding voor duikkeuringen, werkgerelateerde keuringen of keuringen in het kader van een opleiding.

Preventieve zorg - vervolg

VACCINATIES BUITENLAND

VERGOEDING maximaal € 80,- per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland tot een maximum van € 80,- per kalenderjaar.

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

Steunzolen en podotherapie

VERGOEDING maximaal € 100,- per kalenderjaar / consulten maximaal € 27,50 per behandeldatum

Vergoed worden de kosten van steunzolen geleverd door een podotherapeut, podoloog of podokinesioloog, tot een maximum per kalenderjaar.

STEUNZOLEN

Vergoed worden de kosten tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar.

CONSULTEN

Vergoed worden de consulten - maximaal € 27,50 per behandeldatum, voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut, (register)podoloog, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of orthopedisch schoentechnieker.

Tandheelkunde

VERGOEDING maximaal € 75,- per kalenderjaar

Vergoed wordt 100% van de kosten van tandheelkundige behandelingen, uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus, tot een maximum van € 75,- per kalenderjaar.

Tandongevallendekking

VERGOEDING maximaal € 10.000,- 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 € 10.000,- per ongeval. Uitsluitend behandelingen die gerelateerd zijn aan het ongeval, komen in aanmerking voor vergoeding uit de ongevallendekking.

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, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.

Tandongevallendekking - vervolg

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling;
- verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij Stad Holland met een AV waarin tandongevallendekking is opgenomen;
- de herstelbehandeling kan uitsluitend door de behandelaar via Vecozo worden aangevraagd;
- 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 aanvraag dient vergezeld te gaan van documentatie waaruit de staat van de betrokken elementen blijkt zoals die was voor het ongeval en medische onderbouwing waaruit blijkt dat deze behandelingen noodzakelijk zijn als gevolg van het ongeval;
- 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;
- de aanvraag dient binnen drie maanden na het ongeval te zijn ingediend.

Er is geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten:

- als gevolg van flauwvallen 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 nuttigen van etenswaren;
- 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;
- voor orthodontische behandelingen, met als uitzondering het verwijderen, herstellen of vervangen van een beugel die door het ongeval beschadigd is.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of je een vergoeding krijgt en hoe hoog de vergoeding is. Heb je vooraf geen toestemming aangevraagd? Dan betaal je de kosten zelf.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

Je kunt heel eenvoudig digitaal je rekening bij ons indienen. Je gebruikt hiervoor de Stad Holland-app of je kunt een scan van de rekening uploaden via Mijn Stad Holland. Declareer je liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Neem dan contact op met uw verzekeringsadviseur, kijk op www.stadholland.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 010 - 2 466 480. Wij staan u graag te woord.

www.stadholland.nl

010 - 2 466 480

Stad Holland Zorgverzekeraar

stad holland zorgverzekeraar

Postbus 295
3100 AG Schiedam