

# Vergoedingenoverzicht 2006

## Aanvullende verzekeringen

In deze brochure

AV-Standaard

AV-Top



ZORGVERZEKERAAR  
DSW



# Vergoedingenoverzicht

DSW heeft twee aanvullende verzekeringen. U kunt kiezen uit de AV-Standaard- en de zeer uitgebreide AV-Topverzekering. We hebben voor u de verschillende vergoedingen op een rij gezet. De algemene voorwaarden zijn voor beide pakketten gelijk.

De premie is per maand verschuldigd bij vooruitbetaling. De AV-Standaard kost € 13,95 per persoon per maand, de AV-Top € 21,95 per persoon per maand. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd, mits er wordt voldaan aan alle volgende voorwaarden:

- de aanvullende verzekering moet samen afgesloten zijn met een verplichte basisverzekering;
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van de minst uitgebreid verzekerde ouder.

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 per de eerste van de maand wordt beëindigd, zal geen premierestitutie plaatsvinden.

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

**Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dienen altijd de originele nota's te worden ingediend voor 1 juni van het daaropvolgende jaar.**

| Vergoedingen  | AV-Standaard                              | AV-Top                                     |
|---|---|--|
|   | € 13,95                                   | € 21,95                                    |
| <b>Acnebehandelingen</b>  |   |  |
| Vergoed wordt 75 procent van de kosten van de behandelingen tot een maximum per kalenderjaar. De verzekerde dient te zijn doorverwezen door een dermatoloog 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 de hals worden vergoed.   | 75%, maximaal € 140,- per kalenderjaar    | 75%, maximaal € 140,- per kalenderjaar     |
| <b>Alternatieve geneeswijzen</b>  |   |  |
| Voor vergoeding komen in aanmerking: <ul style="list-style-type: none"> <li>• acupunctuur; kosten van consulten verleend door acupuncturisten aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupuncturisten (NVA), de Nederlandse Artsen Acupuncturen Vereniging (NAAV) of de Nederlandse Artsen Acupuncturen Stichting (NAAS);</li> <li>• natuurgeneeskunde; kosten van consulten verleend door artsen aangesloten bij de Artsenvereniging tot Bevordering van de NatuurGeneeskunde (ABNG);</li> <li>• neuraaltherapie; kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie (NVNR);</li> <li>• (ortho)manuele therapie; kosten van consulten verleend door artsen aangesloten bij het Nederlands Register Manuele Geneeskunde (NRMG);</li> <li>• chiropractie; kosten van consulten verleend door een chiropractor aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) of de Dutch Chiropractic Federation (DCF);</li> <li>• osteopathie; kosten van consulten verleend door therapeuten die staan geregistreerd bij de Nederlandse Registratieraad voor Osteopathie (NRO);</li> <li>• antroposofische geneeskunde; de kosten van alle antroposofische behandelingen voorzover deze worden verleend door artsen of therapeuten die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG).</li> </ul> <p>Wat betreft de consulten homeopathische behandelingen verwijzen wij naar "Homeopathie". De kosten komen per behandeldatum maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking.</p> <p>Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.</p> | € 23,-per behandeldatum, maximaal € 414,- | € 23,- per behandeldatum maximaal, € 414,- |

| Vergoedingen   | AV-Standaard   | AV-Top  |
|--|--|---|
| <b>Anticonceptie</b>   |  |   |
| Er bestaat een volledige vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptie-implantaat.<br>Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet 2006 van toepassing. Voor sommige anticonceptiepillen geldt een wettelijke eigen bijdrage.  | nihil  | 100% GVS  |
| <b>Borstprothese plakstrips</b>  |  |   |
| Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.   | 100%   | 100%  |
| <b>Brillenglazen/contactlenzen</b>   |  |   |
| 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 twee kalenderjaren verleend voor maximaal 2 glazen/contactlenzen. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken.   | € 35,-   | € 35,-  |
| <b>Brilmontuur</b>   |  |   |
| Kinderen onder de 18 jaar krijgen een vergoeding voor één brilmontuur per kalenderjaar.  | € 46,-   | € 46,-  |
| <b>Buitenland</b>  |  |   |
| Het verstrekkingspakket van de aanvullende verzekering geeft een uitgebreide en doorlopende ziektekostendekking aan degenen die naar het buitenland op vakantie gaan. Het is belangrijk uw verzekeringspas mee te nemen.<br><br>Vergoed worden ziektekosten en hulpverlening in het buitenland welke niet onder de basisverzekering vallen:<br>– tijdens vakantie binnen Europa;<br>– tijdens vakantie buiten Europa.<br><br>Vergoeding van geneeskundige kosten en hulpverlening door de alarmcentrale SOS International geldt voor een periode van maximaal 90 aaneengesloten dagen.<br><br>De werkelijk gemaakte ziektekosten worden vergoed, mits de hulp spoedeisend is en een verklaring of behandelingsverslag van de behandelend arts of specialist kan worden overlegd. Bij het indienen van apotheeknota's dient tevens het voorschrift of een kopie daarvan te worden overlegd. Voor reizigers naar Marokko geldt als extra voorwaarde dat zij, bij het declareren van geneesmiddelen, verplicht zijn de vignetten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij de declaratie in te dienen. | 100%<br>nihil  | 100%<br>100%  |
| <b>Camouflagetherapie</b>  |  |   |
| Vergoed wordt 75 procent 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 of de hals. De behandeling dient vooraf bij DSW 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<br>€ 140,-   | 75%, maximaal<br>€ 140,-  |
| <b>Fysiotherapie en/of manuele therapie</b>  |  |   |
| De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.<br>Voor de AV-Top geldt een onbepert aantal behandelingen fysiotherapie en maximaal 18 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar.<br>Voor de AV-Standaard geldt een maximum van 18 behandelingen voor fysiotherapie en manuele therapie samen per kalenderjaar.   | fysiotherapie en<br>manuele therapie<br>samen maximaal<br>18 behandelingen<br>per kalenderjaar | fysiotherapie<br>onbepert<br><br>manuele therapie<br>maximaal<br>18 behandelingen<br>per kalenderjaar |

| Vergoedingen  | AV-Standaard   | AV-Top   |
|---|--|--|
| <b>Fysiotherapie en/of manuele therapie (vervolg)</b>   |  |  |
| <p>Vanaf de negentiende behandeling dient de therapeut een aanvraag tot machtiging in te dienen.</p> <p>De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut. Voor alle vormen van fysiotherapie geldt dat de therapeut moet zijn ingeschreven in het desbetreffende kwaliteitsregister. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie.</p> <p>De volgende maximum vergoedingen gelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fysiotherapie € 26,- per zitting;</li> <li>• manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 39,- per zitting.</li> </ul>  |  |  |
| <b>Haptotherapie</b>  |  |  |
| Hulp verleend door een haptotherapeut (VH) komt voor vergoeding in aanmerking. Deze vergoeding bedraagt € 35,- per consult met een maximum van negen consulten.   | € 35,- per consult, maximaal 9 consulten                                       | € 35,- per consult, maximaal 9 consulten                                       |
| <b>Hart-Aktief</b>  |  |  |
| Het oefenprogramma van Hart-Aktief wordt vergoed.   | 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 |
| <b>Herstellingsoord</b>   |  |  |
| Voor het verblijf in een herstellingsoord dat is aangesloten bij het Verbond van Nederlandse Herstellingsoordorganisaties wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar. De behandeling dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd.  | € 35,- per dag, maximaal 42 dagen  | € 35,- per dag, maximaal 42 dagen  |
| <b>Homeopathie</b>  |  |  |
| 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 behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar                    | € 35,- per behandeldatum, maximaal € 350,- per kalenderjaar                    |
| <b>Homeopathische geneesmiddelen</b>  |  |  |
| <p>Homeopathische geneesmiddelen worden volledig vergoed indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;</li> <li>• de samenstelling van het middel bestaat volledig uit homeopathische verdunningen of verwijvingen;</li> <li>• het homeopathisch middel moet geregistreerd staan in het geneesmiddelen-vergoedingssysteem (Z-index) als homeopathisch middel of antroposofisch middel.</li> </ul> <p>Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, voedingssupplementen, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.</p> | 100%   | 100%   |

| Vergoedingen   | AV-Standaard  | AV-Top   |
|--|---|--|
| <b>Hoortoestellen</b>  |   |  |
| Vanuit de basisverzekering is de vergoeding voor hoortoestellen gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, wordt 50 procent uit de AV-Top vergoed, tot een maximumbedrag van € 345,- per 3 kalenderjaren.  | nihil   | 50%, maximaal € 345,- per 3 kalenderjaren  |
| <b>Hulp tijdens de overgang</b>  |   |  |
| Voor 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,-   | 75%, maximaal € 150,-  |
| <b>Kraamzorg en bevalling</b>  |   |  |
| Per bevalling wordt een percentage van de eigen bijdrage voor kraamzorg in natura in de thuissituatie vergoed.<br><br>In ruil voor een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige of huisarts) ontvangt u in de vierde maand van uw zwangerschap een kraampakket en een cadeautje. Daarnaast ontvangt u een extra cadeautje op het moment dat u uw kindje bij ons hebt aangemeld.<br><br>Een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de AV-Top, naast de vergoeding uit de basisverzekering, een bedrag van € 115,- vergoed. | 50% van eigen bijdrage + kraampakket<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>nihil | 100% van eigen bijdrage + kraampakket<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>€ 115,- |
| <b>Kuurreizen</b>  |   |  |
| Voor buitenlandse kuurreizen georganiseerd door een daartoe erkende reisorganisatie wordt uit de AV-Top 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 DSW worden aangevraagd door de behandelend huisarts of reumatoloog.   | nihil   | € 325,- per week, maximaal € 975,- per kuur  |
| <b>Logeerhuis</b>  |   |  |
| Bij opname van een bij DSW verzekerd kind onder de 18 jaar in een ziekenhuis, wordt aan de ouders voor hun noodzakelijk verblijf in een aan desbetreffend ziekenhuis verbonden logeerhuis een vergoeding verleend van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,- per etmaal.   | € 35,- per etmaal   | € 35,- per etmaal  |
| <b>Oefentherapie Cesar en Mensendieck</b>  |   |  |
| De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.<br>Voor de AV-Top geldt een onbeperkt aantal behandelingen.<br>Voor de AV-Standaard geldt een maximum van 18 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.<br><br>Vanaf de negentiende behandeling moet op voorschrift van een arts een aanvraag tot machtiging worden ingediend.<br><br>De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De vergoeding van de geleverde zorg vindt plaats conform het wettelijk tarief.                          | Cesar en Mensendieck samen maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar             | onbeperkt  |
| <b>Oncologie</b>   |   |  |
| Stichting Les Veaux biedt hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantie-weeken in Frankrijk en weekeinden en midweeken in Nederland. Het programma bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie. De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Veaux voor de belanghebbende en de partner. Bel voor informatie: (0294) 28 44 82.   | 75%   | 75%  |

| Vergoedingen   | AV-Standaard                              | AV-Top                                    |
|--|---|---|
| <b>Ongevallenverzekering</b>   |   |   |
| <p>Uitkering wordt verleend indien de verzekerde jonger is dan 13 jaar en deze als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.</p> <p>De uitkering bedraagt:</p> <p>(A) bij overlijden;</p> <p>(B) bij blijvende invaliditeit.</p>  | <p>nihil</p> <p>nihil</p>                 | <p>€ 2.300,-</p> <p>€ 4.600,-</p>         |
| <b>Orthodontie</b>   |   |   |
| <p>Vergoed wordt 75 procent van de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus;</li> <li>• toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>– orthodontische behandeling door een tandarts ten behoeve van personen ouder dan 17 jaar;</li> <li>– orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts;</li> <li>– orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;</li> </ul> </li> <li>• om in aanmerking te komen voor vergoeding, dient de verzekerde minstens één jaar zonder onderbreking in het bezit te zijn van een tandartskaart (voor jeugdige verzekerden) of een geldig “bewijs van preventief onderhoud” (voor verzekerden ouder dan 17 jaar). Het gebit dient vrij te zijn van cariës, tandsteen, tandvleesontsteking of andere ontstekingen, en eventuele wortelresten;</li> <li>• vergoeding bedraagt 75 procent met een maximum van € 685,- uit de AV-Standaard.</li> </ul> | 75% van de kosten, maximaal € 685,-       | 75% van de kosten                         |
| <b>Overbehandling gelaat</b>   |   |   |
| <p>Bij ernstige overbehandling van het gelaat en de hals bij vrouwen wordt 75% van de kosten van elektrische epilatie 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 DSW worden aangevraagd en door DSW worden gemachtigd.</p> <p>De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend tijdens de gehele duur van de verzekering.</p>  | 75%, maximaal € 455,-                     | 75%, maximaal € 455,-                     |
| <b>Plaswekkers</b>   |   |   |
| <p>Op medisch voorschrift wordt maximaal 90 procent van de huurkosten van een plaswaker vergoed, voor ten hoogste 3 maanden.</p>   | 90% maximaal 3 maanden                    | 90% maximaal 3 maanden                    |
| <b>Podotherapie</b>  |   |   |
| <p>Vergoed worden de consulten – maximaal € 23,- per behandeldatum – tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut of podokinesioloog (aangesloten bij NVVP).</p>   | maximaal € 23,-, maximaal 6 behandelingen | maximaal € 23,-, maximaal 6 behandelingen |
| <b>Preventief onderzoek</b>  |   |   |
| <p>Voor vergoeding komen in aanmerking:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten;</li> <li>• de kosten van preventief baarmoederhalskankeronderzoek;</li> <li>• de kosten van preventief borstkankeronderzoek.</li> </ul> <p>De vergoeding wordt maximaal eenmaal per twee kalenderjaren verleend en alleen voorzover het onderzoek is uitgevoerd door een arts en er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.</p>  | <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>       | <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>       |

| Vergoedingen   | AV-Standaard   | AV-Top   |
|--|--|--|
| <b>Prinses Margriethuis</b>  |  |  |
| 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,<br>€ 25,- per dag per familielid, maximaal 28 dagen per kalenderjaar | € 35,- per dag per patiënt,<br>€ 25,- per dag per familielid, maximaal 28 dagen per kalenderjaar |
| <b>Psychologische hulp – kortdurend</b>  |  |  |
| Hulp verleend door een psycholoog komt voor vergoeding in aanmerking. Deze bedraagt € 45,- per zitting tot een maximum aantal zittingen per kalenderjaar. De psychologische hulp dient te worden verleend door een Gezondheidszorg(GZ)-psycholoog en/of een psycholoog met een eerstelijnskwalificatie.  | € 45,-, maximaal 6 zittingen   | € 45,-, maximaal 12 zittingen  |
| <b>Rechtsbijstand</b>  |  |  |
| Aanvullend Topverzekerden hebben aanspraak op rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door hen geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Nederland, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze verzekering, dan wel in combinatie met de basisverzekering zijn of worden vergoed.<br>De rechtsbijstand wordt verleend door de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij N.V. te Amsterdam, wier Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering, welke in gebruik zijn op het moment van het ontstaan van aanspraak op rechtsbijstand, van toepassing zijn. Voor noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een vergoeding van maximaal € 4.600,- per schadegeval. Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand op enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, komt men – met inachtneming van de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering – slechts voor vergoeding in aanmerking, indien en voorzover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen aanspraak kan worden ontleend. | nihil  | € 4.600,- maximaal   |
| <b>Reiskosten bezoek aan zieke kinderen</b>  |  |  |
| 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 en wordt gedaan op basis van een door de verzekerde in te dienen specificatie. Het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis, 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.   | € 0,14 per kilometer   | € 0,14 per kilometer   |
| <b>Second opinion</b>  |  |  |
| 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.<br>Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.  | 100%   | 100%   |
| <b>Sport Medisch Adviescentrum</b>   |  |  |
| Vergoed wordt uit de AV-Top 60 procent van de kosten van een sportmedisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum waarmee DSW een overeenkomst heeft gesloten.  | nihil  | 60%  |
| <b>Steunpessaria</b>   |  |  |
| Vergoed worden steunpessaria die op medisch voorschrift worden aangeschaft.  | 100%   | 100%   |



| Vergoedingen  | AV-Standaard                          | AV-Top                                 |
|---|---------------------------------------|--|
| <b>Steunzolen</b>   |                                       |  |
| Vergoed wordt 50 procent van de kosten tot een maximum per kalenderjaar.  | 50%, maximaal € 46,- per kalenderjaar | 50%, maximaal € 46,- per kalenderjaar  |
| <b>Tandheelkunde</b>  |                                       |  |
| Voorwaarden voor onder A, B en C genoemde hulp: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;</li> <li>• er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn;</li> <li>• partiële kunsttharsprothesen en frameprothesen mogen uitsluitend door een tandprotheticus worden vervaardigd na schriftelijke verwijzing/toestemming van de tandarts;</li> <li>• hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed.</li> </ul> |                                       |  |
| <b>A. Algemeen</b>  |                                       |  |
| Diagnostisch onderzoek  |                                       |  |
| C11 periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar;   | 100%                                  | 100%                                   |
| C12 periodiek preventief onderzoek, tweede in hetzelfde kalenderjaar;<br>C11 en/of C12 worden in totaal maximaal 2x per kalenderjaar vergoed.   | 100%                                  | 100%                                   |
| NB: C13 (incidenteel consult) wordt niet vergoed.   |                                       |  |
| 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%                                   |
| <b>Tandsteen verwijderen</b>  |                                       |  |
| M50 beperkte gebitsreiniging, maximaal 2x per kalenderjaar;   | 100%                                  | 100%                                   |
| M55 gemiddelde gebitsreiniging, maximaal 2x per kalenderjaar;   | € 12,-                                | € 12,-                                 |
| M59 uitgebreide gebitsreiniging, maximaal 2x per kalenderjaar;  | € 12,-                                | € 12,-                                 |
| NB: Jaarlijks komen maximaal 2 M-codes voor vergoeding in aanmerking met een maximum vergoeding van € 12,- per behandeling.   |                                       |  |
| <b>Chirurgische ingrepen</b>  |                                       |  |
| H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55   | 100%                                  | 100%                                   |
| Alle overige H-codes, uitgezonderd H90. H35 dient vooraf aangevraagd te worden.   | nihil                                 | 100%                                   |
| <b>Anesthesie</b>   |                                       |  |
| A10 verdoving (geleidings- en/of infiltratie-anesthesie) alleen bij wortelkanaalbehandelingen (bij codes E01, E02, E03, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E53, E54, E77, E78, E85).  | 100%                                  | 100%                                   |
| <b>Endodontie (wortelkanaalbehandelingen)</b>   |                                       |  |
| E01, E03, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E44, E53, E54, E77, E78, E85  | 100%                                  | 100%                                   |
| E02 uitgebreid endodontisch consult, maximum vergoeding als E01.  | maximum vergoeding als E01            | maximum vergoeding als E01             |
| <b>Parodontologie</b>   |                                       |  |
| Vergoed wordt uit de AV-Top 50 procent van de kosten, tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten voor parodontologische behandelingen worden uitsluitend vergoed indien er sprake is van een instabiele parodontale situatie met een DPSI-score van 3+ of 4 en/of nadat er in het verleden T11 of T12 door de tandarts of parodontoloog is gedeclareerd (of nog wordt gedeclareerd). Door de mondhygiënist kunnen uitsluitend de codenummers T22, T52, T54 en T56 worden gedeclareerd.  | nihil                                 | 50%, maximaal € 150,- per kalenderjaar |

| Vergoedingen  | AV-Standaard                             | AV-Top                                   |
|---|--|--|
| 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;   | nihil                                    | 100%                                     |
| V20 etsen;  | 100%                                     | 100%                                     |
| V21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag.  | 100%                                     | 100%                                     |
| Röntgendiagnostiek  |  |  |
| X10 intra-orale röntgenfoto's; maximaal 2 foto's per kalenderjaar bij AV-Standaard, maximaal 3 foto's per kalenderjaar bij AV-Top.  | 100%, maximaal 2 foto's per kalenderjaar | 100%, maximaal 3 foto's per kalenderjaar |
| Gnatologie  |  |  |
| G69 occlusale opbeetplaat, inclusief techniekkosten.<br>Deze behandeling dient vooraf aangevraagd te worden.  | nihil                                    | 50%                                      |
| <b>B.1. Volledige prothesen bij een tandarts</b><br>De volledige prothese wordt voor 75% vergoed uit de Regeling Hulpmiddelen vanuit de basisverzekering. Voor de 25% eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding:  |  |  |
| P21, P25, P14, P36 volledige boven- of onderprothese;<br>P00 techniekkosten van de volledige boven- of onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- of onderprothese is € 285,- uit de basisverzekering en AV samen. | 50%<br>maximaal € 35,75                  | 100%<br>maximaal € 71,25                 |
| P30, P14, P17, P36 volledige boven- en onderprothese;<br>P00 techniekkosten van de volledige boven- en onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor de techniekkosten bij een boven- en onderprothese is € 570,- uit de basisverzekering en AV samen. | 50%<br>maximaal € 71,25                  | 100%<br>maximaal € 142,50                |
| P40 prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element, maximaal 8 per kaak.  | 50%                                      | 100%                                     |
| <b>B.2. Volledige prothesen bij een tandprotheticus</b><br>De volledige prothese wordt voor 75% vergoed uit de Regeling Hulpmiddelen vanuit de basisverzekering. Voor de 25% eigen bijdrage geldt de onderstaande vergoeding:                                 |  |  |
| P81, P82 volledige boven- of onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor een P81 of P82 is € 377,- uit de basisverzekering en AV samen.  | 50%<br>maximaal € 47,25                  | 100%<br>maximaal € 94,25                 |
| P83 volledige boven- en onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor P83 is € 754,- uit de basisverzekering en AV samen.  | 50%<br>maximaal € 94,25                  | 100%<br>maximaal € 188,50                |
| P84 volledige boven- en onderprothese. Het maximaal te vergoeden tarief voor P84 is € 810,- uit de basisverzekering en AV samen.  | 50%<br>maximaal € 101,25                 | 100%<br>maximaal € 202,50                |
| I85 volledige bovenprothese in combinatie met onderprothese op implantaten, maximaal te vergoeden bedrag € 180,-.   | 50%<br>maximaal € 90,-                   | 100%<br>maximaal € 180,-                 |
| I87 volledige onderprothese op implantaten, maximaal te vergoeden bedrag € 90,-.  | 50%<br>maximaal € 45,-                   | 100%<br>maximaal € 90,-                  |
| NB: Rebasing en reparatie van een volledige prothese, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de basisverzekering.   |  |  |

| Vergoedingen  | AV-Standaard                | AV-Top                      |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>C. Partiële prothesen</b><br>De maximum vergoedingen voor kosten (incl. techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus (alleen na verwijzing van de tandarts), zijn:  |                             |                             |
| P10 partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen;   | € 80,-                      | € 120,-                     |
| P15 partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen;   | € 133,-                     | € 200,-                     |
| P34 partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen;   | € 188,-                     | € 281,-                     |
| P35 partiële frameprothese 5 of meer elementen;   | € 240,-                     | € 358,-                     |
| P51, P52, P53, P54 rebasen van partiële kunsthars- of frameprothese;  | nihil                       | € 75,- p/kal.jr             |
| P78 uitbreiden tot volledige prothese;  | 50%                         | 100%                        |
| P79 bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese;   | € 55,- p/kal.jr             | € 75,- p/kal.jr             |
| P57, P58 reparatiekosten van een partiële prothese.   | € 55,- p/kal.jr             | € 75,- p/kal.jr             |
| De vergoeding van alle onder B en C genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per twee kalenderjaren.  | € 495,- per 2 kalenderjaren | € 670,- per 2 kalenderjaren |
| <b>D. Uitgebreide tandheilkundige hulp</b><br>Er geldt een maximale vergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de AV-Top:  |                             |                             |
| P31 gegoten wortelkappen met stift;   | nihil                       | € 88,-                      |
| P32 extra per precisieverankering per kaak;   | nihil                       | € 61,-                      |
| R20, R25, R26, R13 gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon;   | nihil                       | € 250,-                     |
| R32 gegoten opbouw indirecte methode;   | nihil                       | € 88,-                      |
| R33 gegoten opbouw directe methode;   | nihil                       | € 88,-                      |
| R40 brugdeel 1e dummy;  | nihil                       | € 154,-                     |
| R45 brugdeel 2e en volgende dummy;  | nihil                       | € 105,-                     |
| R60 etsbrug zonder preparatie;  | nihil                       | € 127,-                     |
| R61 etsbrug met preparatie;   | nihil                       | € 154,-                     |
| R65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel;   | nihil                       | € 77,-                      |
| R78 indirecte labiale veneering zonder preparatie;  | nihil                       | € 88,-                      |
| R79 indirecte labiale veneering met preparatie.   | nihil                       | € 88,-                      |
| De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten).  | nihil                       | maximaal € 450,-            |
| De vergoeding uit de AV-Top bedraagt maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar (alleen voor uitgebreide tandheilkundige hulp als bedoeld onder D).   | nihil                       | maximaal € 450,-            |
| <b>Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar</b>   |                             |                             |
| 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               | € 7,- per dag               |
| <b>Vaccinaties buitenland</b>   |                             |                             |
| Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt 50 procent vergoed, tot ten hoogste € 46,- per verzekerde per kalenderjaar.   | nihil                       | 50%, maximaal € 46,-        |
| <b>Vervangende mantelzorg</b>   |                             |                             |
| Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt(e) kan door DSW voor professionele "vervangende mantelzorg" gezorgd worden. Dit wordt vergoed voor een periode van maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Vervangende mantelzorg dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd. | 100%                        | 100%                        |

# Zo kunt u DSW bereiken

Heeft u een rekening ontvangen waar een vergoeding voor is? U vult een declaratieformulier in en stuurt dit tezamen met de originele nota naar ons toe. Wij zullen de vergoeding zo spoedig mogelijk aan u overmaken.

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

U kunt ons ook bellen: van maandag t/m vrijdag tussen 8.00 en 17.30 uur.

## Adressen en openingstijden

### **Schiedam (hoofdkantoor)**

's-Gravelandseweg 555  
maandag t/m vrijdag  
van 8.30 – 17.30 uur  
Tel (010) 2 466 466 / [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl)

### **Delft**

Minervaweg 10  
maandag t/m vrijdag  
van 8.30 – 16.00 uur

### **'s-Gravenzande**

Zandeveldplein  
(nabij de bibliotheek)  
dinsdag van 9.00 – 11.30 uur

### **Honselersdijk**

bij Rabobank voor Voorhof  
vrijdag van 9.00 – 10.00 uur

### **De Lier**

Hoofdstraat tegenover 't Centrum  
dinsdag van 12.30 – 13.30 uur

### **Maasdijk**

Corn. Houtmanplein  
maandag van 8.30 – 9.30 uur

### **Maassluis**

Parkeerterrein winkelcentrum  
Koningshoek ter hoogte van  
de Beethovenlaan (postkantoor)  
dinsdag van 14.00 – 16.00 uur  
donderdag van 8.30 – 10.30 uur  
vrijdag van 13.30 – 16.00 uur

### **Monster**

Parkeerterrein naast bibliotheek  
donderdag van 11.00 – 12.00 uur

### **Naaldwijk**

Parkeerterrein Albert Heijn  
maandag van 12.30 – 14.00 uur

### **Nootdorp**

Parkeerterrein in de Dorpsstraat  
ter hoogte van de Pr. Bernhardstraat  
woensdag van 9.00 – 10.00 uur

### **Pijnacker**

Parkeerterrein ter hoogte  
van Stationsplein  
woensdag van 10.30 – 11.45 uur

### **Rijswijk**

Parkeerterrein Piramideplein,  
Centraal Station Rijswijk  
woensdag van 12.45 – 13.45 uur

### **Schippluiden**

Keenenburgweg achter Albert Heijn  
vrijdag van 10.30 – 11.30 uur

### **Vlaardingen**

Van der Driftstraat 30  
maandag t/m vrijdag  
van 8.30 – 16.00 uur

### **Wateringen**

Parkeerterrein Kerklaan ter hoogte  
van winkelcentrum Vliethof  
donderdag van 13.00 – 14.00 uur

### **Zoetermeer**

Parkeerterrein winkelcentrum  
Croesinckplein (voor Digros)  
woensdag van 14.15 – 15.30 uur

Staan we niet op de genoemde locatie,  
dan staan we in de naaste omgeving.

Telefoon (010) 2 466 466 of ga naar [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl)