

DSW

AV-Standaard / AV-Top

Vergoedingenoverzicht 2015

Aanvullende verzekering



Gewijzigd in de aanvullende verzekering in 2015

Besnijdenis

In de AV-Top is een vergoeding van maximaal € 600,- opgenomen voor een medisch noodzakelijke besnijdenis.

Een aantal vergoedingen is verhoogd.

Er heeft een aantal tekstuele wijzigingen plaatsgevonden ter verduidelijking.



Algemene informatie

DSW heeft een aantal aanvullende verzekeringen. In deze brochure hebben wij de verschillende vergoedingen van de AV-Standaard en de zeer uitgebreide AV-Topverzekering voor u op een rij gezet.

De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd. De AV-Standaard kost € 18,75 per persoon per maand, de AV-Top € 31,25 per persoon per maand.

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

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

U sluit de aanvullende verzekering af voor een periode van één kalenderjaar. Aan het eind van ieder jaar wordt uw aanvullende verzekering telkens voor de duur van één kalenderjaar verlengd. U kunt dus alleen per 1 januari uw aanvullende verzekering wijzigen, of uw aanvullende verzekering beëindigen. Bij een wijziging van aanvullende verzekering tellen vergoedingen die u in het verleden van DSW heeft ontvangen ook mee voor de bepaling van de hoogte van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering.

Wanneer u de aanvullende verzekering later afsluit dan uw basisverzekering, bent u € 12,50 aan administratiekosten verschuldigd en geldt er een wachttijd van 2 maanden. Inschrijving vindt dan plaats per de eerste van de maand na aanmelding.

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

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Acnebehandelingen

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 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). De verwijzing van de arts dient te worden meegestuurd met de declaratie.

75%, maximaal € 150,-
per kalenderjaar

75%, maximaal € 150,-
per kalenderjaar

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

Voor vergoeding komen in aanmerking:

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

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'.

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

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

Anticonceptie

Er bestaat een vergoeding voor farmaceutische anticonceptie-middelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning-afterpil, Evra pleister, nuvaring en het anticonceptie-implantaat. Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Voor sommige anticonceptie-middelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Kosten worden vergoed voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts.

geen

100% GVS

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Besnijdenis (circumcisie)

Vergoed worden de kosten van een medisch noodzakelijke besnijdenis tot een maximum van € 600,-. De behandeling moet op voorschrift van de behandelend medisch specialist bij DSW worden aangevraagd en door DSW worden gemachtigd. Een besnijdenis op religieuze gronden wordt niet vergoed.

geen

maximaal € 600,-

Borstprothese plakstrips

Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

100%

100%

Brillenglazen/contactlenzen

De vergoeding is per oogafwijking met een sterkte van meer dan 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking. 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 systeemplakstrips geldt dezelfde maximumvergoeding per 2 kalenderjaren.

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Buitenland

De aanvullende verzekering geeft in het buitenland de volgende aanspraken:

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

Tijdens vakantie binnen Europa.

Tijdens vakantie buiten Europa.

100%
geen

100%
100%

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

Camouflagetherapie

Vergoed wordt 75% van de kosten van de therapie tot een maximum per kalenderjaar. Vergoed worden: kosten voor instructie en cosmetische producten met betrekking tot camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. De camouflagetherapie dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd. De therapie moet worden verleend door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

75%, maximaal € 150,-
per kalenderjaar

75%, maximaal € 150,-
per kalenderjaar

Fysiotherapie en/of manuele therapie

Vergoed worden de kosten van behandelingen fysiotherapie en manuele therapie, mits deze zorg medisch noodzakelijk is en voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. Maximaal 1 behandeling per dag komt voor vergoeding in aanmerking.

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

Voor de AV-Top geldt een maximum van 36 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen.

fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:

- maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut
- maximaal 9 behandelingen door een orthomanueel geneeskundige

fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:

- maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut
- maximaal 9 behandelingen door een orthomanueel geneeskundige

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

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

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

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) is geregistreerd. Dit geldt dus ook voor bijzondere 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 € 29,- per zitting;
- manuele therapie € 40,10 per zitting;
- orthomanuele therapie € 40,10 per zitting;
- bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 43,50 per zitting.

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

Haptotherapie

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

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

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

Hartpatiënten, begeleid trainen

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

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

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

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Herstellingsoord

Voor het verblijf in een herstellingsoord - niet zijnde een AWBZ/Wlz-instelling - wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar. De behandeling dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

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

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

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

Homeopathie

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

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

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

Homeopathische geneesmiddelen

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

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

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

100%

100%

Hoortoestellen

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

geen

100%,
maximaal € 250,-
per 5 kalenderjaren

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Kraamzorg en bevalling

Eigen bijdrage kraamzorg

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

50% van de eigen bijdrage

100% van de eigen bijdrage

Kraampakket

Na inlevering van een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige, huisarts of gynaecoloog) ontvangt u een kraampakket.

kraampakket

kraampakket

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

cadeautje

cadeautje

Poliklinische bevalling

Voor een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de AV-Top, 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 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 en door DSW worden gemachtigd.

geen

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

Logeerhuis

Bij opname van een bij DSW 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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is en voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. Maximaal 1 behandeling per dag komt voor vergoeding in aanmerking.

Voor de AV-Standaard geldt een maximum van 20 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.

Voor de AV-Top geldt een maximum van 36 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De vergoeding voor oefentherapie bedraagt € 29,- per zitting. De vergoeding voor de overige prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Cesar en Mensendieck samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar

Cesar en Mensendieck samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar

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 weekenden en midweken in Nederland. Het programma bestaat uit gesprekken, yoga, massage en creatieve therapie. De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Vaux van verzekerde en de bij DSW aanvullend verzekerde 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. Bij blijvende invaliditeit wordt de hoogte van de uiteindelijke uitkering bepaald aan de hand van de Gliedertaxe.

De uitkering bedraagt:

(A) bij overlijden;

(B) bij blijvende invaliditeit.

geen
geen

€ 2.300,-
maximaal € 4.600,-

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Orthodontie

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

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

Niet vergoed wordt:

- 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).

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

75%

Voor Invisalign en linguale apparatuur geldt een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering

Overbehandling gelaat

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

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

75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering

75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering

Overgangsconsulente

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

75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar

75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Pedicure voor diabetespatiënten

Uit de AV-Top wordt 75% van de kosten van een pedicurebehandeling bij een diabetespatiënt vergoed, voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. De patiënt dient aangewezen te zijn op medicatie voor diabetes. De vergoeding uit de AV-Top is maximaal € 15,- per behandeling tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar.

geen

75%, maximaal € 15,- per behandeling, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Plaswekker

Er geldt een eenmalige vergoeding van de huurkosten of van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luiërbroekjes met sensor).

De vergoeding is maximaal € 150,-.

huurkosten of 90% aanschafprijs, maximaal € 150,-

huurkosten of 90% aanschafprijs, maximaal € 150,-

Podotherapie

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

maximaal € 25,-, maximaal 6 consulten per kalenderjaar

maximaal € 25,-, maximaal 6 consulten per kalenderjaar

Preventief onderzoek

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

100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

Pruiken

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van pruiken gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, worden de kosten uit de AV-Top vergoed tot een maximumbedrag van € 135,- per kalenderjaar. De vergoeding wordt slechts verleend indien er sprake is van een gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid ten gevolge van behandeling met chemotherapie en/of bestraling en DSW vooraf toestemming heeft verleend voor de vergoeding.

geen

maximaal € 135,- per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

Rechtsbijstand

Voor AV-Topverzekerden heeft DSW een rechtsbijstandverzekering gesloten waarmee zij recht hebben op juridische hulp bij het verhalen van door hen geleden schade 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 DSW op grond van deze aanvullende en/of de basisverzekering zijn of worden vergoed.

Deze rechtsbijstandverzekering is ondergebracht bij DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. (verder te noemen DAS). Op deze door DSW gesloten verzekering zijn de Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering van DAS van toepassing, alsmede aanvullende polisvoorwaarden. Deze kunnen worden opgevraagd bij 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.

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.

geen

maximaal € 7.500,-

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/Wlz-instelling, dat zich op meer dan 30 kilometer afstand van de eigen woonplaats bevindt. Als de opname langer dan 14 dagen duurt, kan de vergoeding worden gedeclareerd vanaf de eerste dag van opname. Het aantal kilometers per dag dat boven de 30 komt zal worden vergoed.

€ 0,18 per kilometer

€ 0,18 per kilometer

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

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 DSW worden aangevraagd op voorschrift van een arts en door DSW worden gemachtigd.

50%, maximaal € 40,-
per 5 kalenderjaren

100%, maximaal € 80,-
per 5 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 voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering.

100%

100%

Sport Medisch Adviescentrum

Vergoed wordt uit de AV-Top 60% van de kosten van een sportmedisch 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 AV-Top worden de kosten van een stottertherapie bij Del Ferro vergoed. Voor een tiendaagse training maximaal € 550,- en voor een driedaagse vervolgtraining maximaal € 95,- voor de duur van de verzekering.

geen

tiendaagse training
€ 550,-, driedaagse
vervolgtraining € 95,-
voor de duur van de
verzekering

Vergoedingen

Tandheelkunde

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor tandheelkunde.

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

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

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

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn. Een behandelplan dat tot een vergoeding van meer dan € 1.000,- uit de aanvullende verzekering leidt, dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

Tabel overzicht tandheelkundige vergoedingen AV-Standaard en AV-Top

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
A. Algemeen			
Consulten			
C11	Periodiek onderzoek	100%	100%
C13	Incidenteel consult	geen	100%
Jaarlijks komen de codes C11 en C13 tezamen maximaal tweemaal voor vergoeding in aanmerking.			
C85	Weekendbehandeling	100%	100%
C86	Avondbehandeling	100%	100%
C87	Nachtbehandeling	100%	100%
Tandsteen verwijderen (gebitsreiniging)			
Jaarlijks komt maximaal tweemaal gebitsreiniging voor vergoeding in aanmerking met een maximale vergoeding van € 13,20 per behandeldatum.			
Mo3	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	€ 13,20	€ 13,20
Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Trekken tanden en kiezen (extracties/chirurgische ingrepen)			
H11	Trekken tand of kies	100%	100%
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	100%	100%
H26	Hechten weke delen	100%	100%
H35	Gecompliceerde extractie met opklap	100%	100%
H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%	100%
H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%	100%
Alle overige H-codes, uitgezonderd H90 (kosten OK)		geen	100%
Ongecompliceerde extractie door de kaakchirurg (declaratiecode 234032).		100%	100%

Vergoedingen

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Verdoving (anesthesie)			
Lokale verdovingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.			
A10	Verdoving	100%	100%
Vullingen (restauraties door middel van plastisch materiaal)			
De meest voorkomende vullingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. De eventueel bijkomende behandelcodes worden niet vergoed.			
V11	Eénvlaksvulling	100%	100%
V12	Tweevlaksvulling	100%	100%
V13	Drievlaksvulling	100%	100%
V14	Vier- of meervlaksvulling van plastisch materiaal	geen	100%
V20	Etsen	100%	100%
V21	Etsen in combinatie met etsbare onderlaag	100%	100%
Spoedbehandelingen			
E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%	100%
E42	Terugzetten verplaatst gebits-element	100%	100%
E43	Vastzetten gebitselement d.m.v. spalk	100%	100%
E44	Verwijderen van spalk	100%	100%
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling	100%	100%
E78	bij waarneming		
Wortelkanaalbehandelingen (endodontie)			
De behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed (met uitzondering van E02), zonder beperking in aantal. Voor bijkomende verrichtingen bedraagt de totale vergoeding maximaal € 55,- per kalenderjaar.			
E01	Wortelkanaal consult	100%	100%
E02	Uitgebreid wortelkanaal consult	€ 21,10	€ 21,10
E13	Element met 1 kanaal	100%	100%
E14	Element met 2 kanalen	100%	100%
E16	Element met 3 kanalen	100%	100%
E17	Element met 4 of meer kanalen	100%	100%

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Tandvleesbehandelingen (parodontologie)			
Uit de AV-Top wordt 50% van de kosten voor tandvleesbehandelingen (verrichtingen met T-codes) vergoed tot een maximum van €150,- per kalenderjaar.			
Röntgenfoto's			
Jaarlijks worden uit de AV-Top maximaal drie kleine röntgenfoto's vergoed. Uit de AV-Standaard worden jaarlijks maximaal twee kleine röntgenfoto's vergoed. De kaakoverzichtsfoto wordt vergoed tot het maximum.			
De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt in de AV-Standaard € 31,10 per kalenderjaar en in de AV-Top € 46,65 per kalenderjaar.			
X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 2	100%, max. 3
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 31,10	€ 46,65
Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)			
G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	geen	50%
B. Protheses			
Kunstgebit (volledige gebitsprothese)			
Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Van de overige 25% wordt een deel vergoed uit de aanvullende verzekering.			
Wanneer de kosten, inclusief techniekkosten, hoger zijn dan € 560,- per kaak dient de behandelaar vooraf een machtiging aan te vragen. Opvullen en reparatie van een volledig kunstgebit worden volledig vergoed uit de basisverzekering.			
P21	Volledig kunstgebit boven- of onder-kaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 61,25	100%, max. € 122,50
P30	Volledig kunstgebit boven- en onder-kaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 115,-	100%, max. € 230,-
P40	Immediaattoeslag	50%	100%
P45	Noodprothese	50%	100%
P78	Uitbreiding tot volledige prothese	50%	100%

Vergoedingen

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Klikgebit (volledige overkappingsprothese op implantaten)			
De kosten van een klikgebit worden vergoed vanuit de basisverzekering, met uitzondering van de wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Er dient altijd vooraf een machtiging aangevraagd te worden. Opvullen en reparatie van een volledig klikgebit, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden volledig vergoed uit de basisverzekering.			
J50	Volledige onderprothese op implantaten, in combinatie met een volledige bovenprothese	50%, max. € 90,-	100%, max. € 180,-
J51	Volledige onderprothese op implantaten	50%, max. € 45,-	100%, max. € 90,-
J52	Volledige bovenprothese op implantaten	50%, max. € 45,-	100%, max. € 90,-
Gedeeltelijk kunstgebit (partiële prothese)			
Gedeeltelijke protheses en frameprotheses (incl. techniekkosten), gemaakt bij een tandarts of tandprotheticus, worden vergoed tot een maximumbedrag.			
P10	Gedeeltelijk kunstgebit 1 - 4 elementen	€ 85,-	€ 130,-
P15	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 150,-	€ 230,-
P34	Frame 1 - 4 elementen	€ 190,-	€ 285,-
P35	Frame 5 - 13 elementen	€ 240,-	€ 360,-
P51, P52, P53, P54	Opvullen gedeeltelijk kunstgebit	geen	€ 80,- p/kal.jr
P57, P58	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
P79	Uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.		€ 500,- p/2 kal.jr.	€ 700,- p/2 kal.jr.

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
C. Uitgebreide tandheelkundige hulp			
Kronen en bruggen; overige tandheelkundige hulp			
Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de AV-Top.			
P31	Gegoten wortelkappen met stift	geen	€ 95,-
P32	Extra per precisieverankering	geen	€ 65,-
R13	Drievlaksinlay	geen	€ 250,-
R24	Kroon	geen	€ 250,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	geen	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	geen	€ 95,-
R40	Eerste brugtussendeel	geen	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	geen	€ 105,-
R60	Plakbrug zonder preparatie	geen	€ 130,-
R61	Plakbrug met preparatie	geen	€ 155,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	geen	€ 80,-
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	geen	€ 110,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	geen	€ 110,-
De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten). Te vergoeden na afronding van de totale behandeling en na indiening van de totale nota voor het implanteren en plaatsing kroon/brug.		geen	€ 450,-
Vanuit de AV-Top kent de vergoeding van alle onder C genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp tezamen een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar.		geen	€ 450,- p/kal.jr.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,75

AV-Top

€ 31,25

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. De verwijzing van de arts dient te worden meegestuurd met de declaratie.

€ 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 vanuit de AV-Top 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 vanuit de AV-Top een vergoeding van 100% (voor adressen zie www.sgzopreis.nl).

geen

via SGZ 100%

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

Verblijf bij levertransplantatie

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

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

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

Vervangende mantelzorg

Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt, kan door DSW voor professionele 'vervangende mantelzorg' gezorgd worden. De vervangende mantelzorg wordt uitgevoerd door de Stichting Mantelzorgvervangende Nederland "Handen-in-Huis". Dit wordt vergoed voor een periode van maximaal 14 dagen per kalenderjaar. Vervangende mantelzorg dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

100%,
maximaal 14 dagen
per kalenderjaar

100%,
maximaal 14 dagen
per kalenderjaar

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 MijnDSW.

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

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice via telefoonnummer (010) 2 466 466. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam

Altijd op de hoogte blijven? Volg ons!



DSW Zorgverzekeraar



@DSW_Zorg

DSW
zorgverzekeraar