

DSW

AV-Standaard/AV-Top

Vergoedingenoverzicht 2011

Aanvullende verzekering



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

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

Gewijzigd in de aanvullende verzekering in 2011

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

Zie voor de exacte voorwaarden het vergoedingenoverzicht.

Vergoedingenoverzicht 2011

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 premie is per maand verschuldigd bij vooruitbetaling. De AV-Standaard kost € 17,95 per persoon per maand, de AV-Top € 29,95 per persoon per maand.

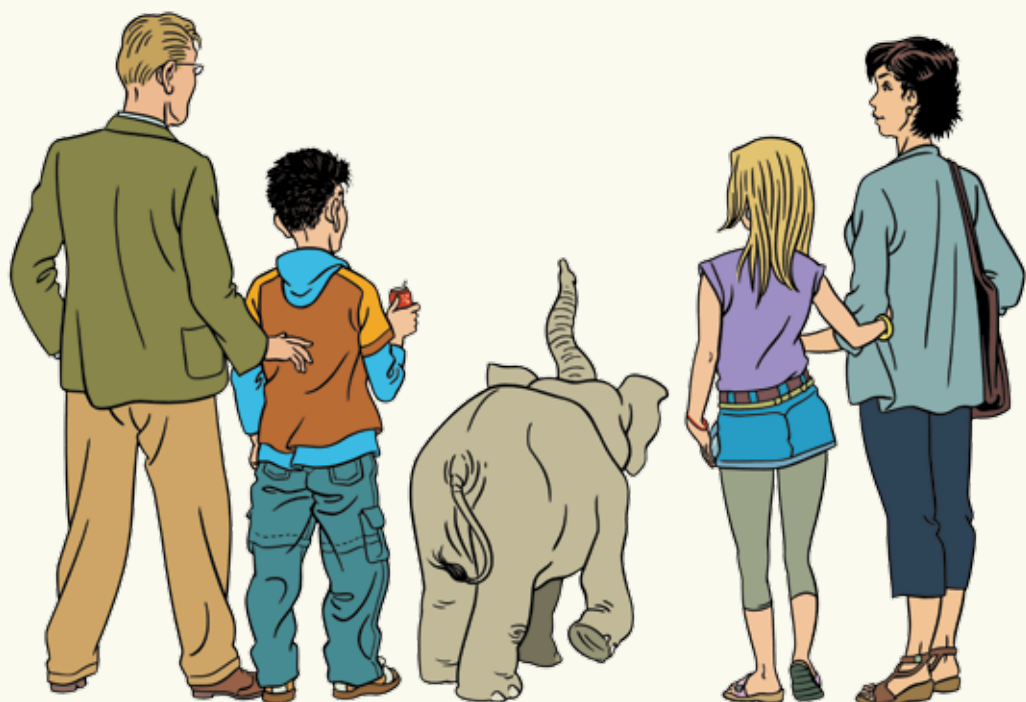
Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd, mits er wordt voldaan aan beide volgende voorwaarden:

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

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

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

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



Vergoedingen

AV-Standaard

€17,95

AV-Top

€29,95

Acnebehandelingen

Vergoed wordt 75% van de kosten van de behandelingen (exclusief middelen) tot een maximum per kalenderjaar. De verzekerde dient te zijn doorverwezen door een arts en de behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Alleen behandelingen aan het gelaat en/of de hals worden vergoed.

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 voorzover deze worden verleend door artsen of therapeuten die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);
- chiropractie: kosten van consulten verleend door een chiropractor;
- natuurgeneeskunde: kosten van consulten verleend door artsen;
- neuuraaltherapie: 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).

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

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

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

Anticonceptie

Er bestaat een vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: anticonceptiepil, spiraaltje, prikpil, morning afterpil, nuvaring en het anticonceptie-implantaat. Hierop zijn de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) Zorgverzekeringswet van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Een spiraaltje, prikpil en anticonceptie-implantaat worden alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts.

geen

100% GVS

Borstprothese plakstrips

Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

100%

100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Brillenglazen/contactlenzen

De vergoeding is per oogafwijking met een sterkte van meer dan 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking. De vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren verleend voor maximaal 2 brillenglazen/contactlenzen. Voor systeemlenzen geldt dezelfde maximumvergoeding per 2 kalenderjaren. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken.

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren

Brilmontuur

Kinderen onder de 18 jaar krijgen een vergoeding voor 1 brilmontuur per kalenderjaar.

maximaal € 46,-
per kalenderjaar

maximaal € 46,-
per kalenderjaar

Buitenland

De aanvullende verzekering geeft in het buitenland de volgende aanspraken:

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

Tijdens vakantie binnen Europa

100%

100%

Tijdens vakantie buiten Europa

geen

100%

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

Camouflagetherapie

Vergoed wordt 75% van de kosten van de therapie tot een maximum per kalenderjaar. Vergoed worden: kosten voor instructie en cosmetische producten in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. De behandeling dient vooraf bij 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 € 150,-
per kalenderjaar

75%, maximaal € 150,-
per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Fysiotherapie en/of manuele therapie

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

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

Voor de AV-Top geldt een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie. Vanaf de 19e behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd. Voor manuele therapie geldt een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar.

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

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

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Dit geldt dus ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie. De kosten van de orthomanueel geneeskundige komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de orthomanueel geneeskundige is geregistreerd in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG).

De volgende maximumvergoedingen gelden:

- fysiotherapie € 28,- per zitting;
- manuele therapie € 39,- per zitting;
- bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 42,- per zitting.

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

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

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

fysiotherapie onbeperkt

manuele therapie per kalenderjaar:

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€17,95

AV-Top

€29,95

Haptotherapie

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

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

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

Hartpatiënten, begeleid trainen

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

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

maximaal €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

Herstellingsoord

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

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

Vergeoed 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

Homeopathische geneesmiddelen

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

- het recept is uitgeschreven door een arts, die staat vermeld in het register van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of de Artsenvereniging tot Bevordering van de NatuurGeneeskunde (ABNG);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;

100%

100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

- de samenstelling van het middel bestaat volledig uit homeopathische verdunningen of verwrijvingen;
- het homeopathisch middel moet geregistreerd staan in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (Z-index) als homeopathisch middel of antroposofisch middel.

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

Hoortoestellen

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

geen

50%, maximaal
€ 360,- per
5 kalenderjaren

Kraamzorg en bevalling

Eigen bijdrage

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

50% van eigen
bijdrage

100% van eigen
bijdrage

Medisch kraampakket

Na inlevering van een kopie van uw zwangerschapsverklaring (die is afgegeven door de verloskundige, huisarts of gynaecoloog) ontvangt u vanaf de 6e maand van uw zwangerschap een medisch kraampakket.

kraampakket

kraampakket

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

cadeautje

cadeautje

Poliklinische bevalling

Voor een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de 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.

geen

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

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

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

De aanvullende verzekeringen geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is.

Voor de AV-Standaard geldt een maximum van 18 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.

Voor de AV-Top geldt een onbeperkt aantal behandelingen. Vanaf de 19e behandeling moeten behandelingen vooraf worden aangevraagd.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut. De vergoeding voor oefentherapie bedraagt € 28,- per zitting. De vergoeding voor de overige prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Cesar en Mensendieck
samen maximaal
18 behandelingen
per kalenderjaar

onbeperkt

Oncologie

Het revalidatieprogramma Herstel en Balans richt zich op lichamelijk, geestelijk en sociaal herstel van (ex-)kankerpatiënten. Vergoeding vindt alleen plaats wanneer het programma gevolgd wordt in instellingen met een licentie voor dit programma.

Stichting Les Vaux biedt hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantieweken in Frankrijk en weekeinden en midweken in Nederland. Het programma bestaat uit gesprek, yoga, massage en creatieve therapie. De procentuele vergoeding is van toepassing voor het verblijf in Les Vaux voor de belanghebbende en de partner.

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

75%, maximaal € 250,-
voor de duur van de
verzekering

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

Ongevallenuitkering

Uitkering wordt verleend indien de verzekerde jonger is dan 13 jaar en deze als gevolg van een ongeval overlijdt of blijvend invalide wordt.

De uitkering bedraagt:

(A) bij overlijden;

(B) bij blijvende invaliditeit.

geen
geen

€ 2.300,-
€ 4.600,-

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Orthodontie

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

- orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus;
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
 - orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts;
 - orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;
- vergoeding bedraagt 75% met een maximum van € 685,- uit de AV-Standaard voor de duur van de verzekering;
- om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden ouder dan 18 jaar minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn;
- voor Invisalign en linguale apparatuur geldt uit de AV-Top een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering.

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

75%,
voor Invisalign en lin-
gualen apparatuur geldt
een maximumvergoed-
ing van € 1.250,- voor de
duur van de verzekering

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

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

Overbehandling gelaat

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

€17,95

AV-Top

€29,95

Pedicure voor diabetespatiënten

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

geen

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

Plaswekker

Er geldt een eenmalige vergoeding van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luierbroekjes met sensor) tot een maximum van €150,-. Huur van een plaswekker wordt niet vergoed.

90%, maximaal € 150,-

90%, maximaal € 150,-

Podotherapie

Vergoed worden de consulten - maximaal € 25,- per behandeldatum - tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar. De hulp dient te worden verleend door een erkend podotherapeut of podokinesioloog.

maximaal € 25,-, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

maximaal € 25,-, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Preventief onderzoek

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten, mits verricht door een arts.

100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

Pruiken

Vanuit de basisverzekering is de vergoeding van pruiken gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, worden de kosten uit de 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

Psychologische hulp – kortdurend

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

geen

€ 50,-, maximaal 4 zittingen per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Rechtsbijstand

AV-Topverzekerden hebben binnen Nederland aanspraak op rechtsbijstand, op grond van een hiervoor door DSW Zorgverzekeraar getroffen voorziening, bij het verhalen van door hen geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. De te verhalen schade dient het gevolg te zijn van foutief medisch handelen binnen Nederland, zijnde een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening, waarvan de kosten door de maatschappij krachtens de voorwaarden van deze aanvullende en/of basisverzekering zijn of worden vergoed.

De rechtsbijstand wordt verleend door DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringsmaatschappij met in achtneming van de bij DAS op het moment van aanspraak van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden voor Rechtsbijstandverzekering. Voor noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt per schadegeval een vergoeding van maximaal € 4.600,-.

Indien aanspraak bestaat op rechtsbijstand krachtens enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wet of andere voorziening, verleent DAS alleen rechtsbijstand indien en voorzover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen rechten kunnen worden ontleend.

geen

maximaal € 4.600,-

Reiskosten bezoek aan ziek kind

Voor ziekenbezoek van ouders aan een kind (jonger dan 18 jaar) dat langer dan 14 dagen is opgenomen, worden de reiskosten eenmaal per dag (vice versa) vergoed. De vergoeding is per kilometer (via de kortste route) en wordt gedaan op basis van een door de verzekerde in te dienen specificatie (inclusief opname-/ontslagbewijs). Het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis, niet zijnde een AWBZ-instelling, dat zich op meer dan 30 kilometer afstand van de eigen woonplaats bevindt. Als de opname langer dan 14 dagen duurt, kan de vergoeding worden gedeclareerd vanaf de eerste dag van opname. Het aantal kilometers per dag dat boven de 30 komt zal worden vergoed.

€ 0,18 per kilometer

€ 0,18 per kilometer

Rollator

Vergoed wordt, eenmaal per 5 kalenderjaren, een percentage van de kosten van een rollator tot een maximumbedrag. De rollator dient voor langdurig gebruik te zijn en moet vooraf bij DSW Zorgverzekeraar worden aangevraagd op voorschrift van een arts.

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

100%

100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€17,95

AV-Top

€29,95

behandelend specialist op verwijzing van de huisarts. Kosten worden vergoed voorzover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.

Sport Medisch Adviescentrum

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

geen

60%

Steunpessaria

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

100%

100%

Steunzolen

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

50%, maximaal € 55,-
per kalenderjaar

50%, maximaal € 55,-
per kalenderjaar

Stottertherapie

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

geen

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

Tandheelkunde

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

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

Niet nagekomen afspraak (C90) wordt niet vergoed.

A. Algemeen

Diagnostisch onderzoek

C11 periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar;

100%

100%

C12 periodiek preventief onderzoek, tweede in hetzelfde kalenderjaar;

100%

100%

C13 incidenteel consult.

geen

100%

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

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

100%

100%

100%

100%

100%

100%

Tandsteen verwijderen

| | |
|-----|------------------------------|
| M50 | beperkte gebitsreiniging; |
| M55 | gemiddelde gebitsreiniging; |
| M59 | uitgebreide gebitsreiniging. |

100%

100%

€ 13,20

€ 13,20

€ 13,20

€ 13,20

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

Chirurgische ingrepen

| |
|--|
| H10, H15, H20, H21, H25, H26, H30, H50, H55; |
|--|

Alle overige H-codes, uitgezonderd H90.

Eenvoudige extracties door een kaakchirurg worden ook vergoed.

100%

100%

geen

100%

100%

100%

Anesthesie (verdooving)

| | |
|-----|------------|
| A10 | verdooving |
|-----|------------|

100%

100%

Endodontie (wortelkanaalbehandelingen)

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

100%

100%

€ 20,10

€ 20,10

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

| | |
|-----|-----------------------------------|
| E13 | éénkanaalig element *); |
| E14 | tweekanaalig element *); |
| E16 | driekanaalig element *); |
| E17 | vier- of meerkanaalig element *). |

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

*) Per kalenderjaar bedraagt de totale vergoeding, naast de codes E13, E14, E16 en E17, voor bijkomende verrichtingen (overige niet-genoemde E-codes) maximaal € 55,-.

maximaal € 55,-
per kalenderjaar

maximaal € 55,-
per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Parodontologie (tandvleesbehandelingen)

Vergeod wordt uit de AV-Top 50% van de kosten, tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

geen

50%, maximaal
€ 150,- per kalenderjaar

Restauraties door middel van plastisch materiaal

| | |
|-----|--|
| V10 | pitvullingen; |
| V11 | éénvlaksvullingen; |
| V12 | tweevlaksvullingen; |
| V13 | drievlaksvullingen; |
| V14 | vijfvlaksvulling van plastisch materiaal; |
| V20 | etsen; |
| V21 | etsen in combinatie met etsbare onderlaag. |

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

geen

100%

100%

100%

100%

100%

Röntgendiagnostiek

| | |
|-----|--------------------------|
| X10 | intra-orale röntgenfoto; |
| X21 | orthopantomogram. |

100%, maximaal
2 foto's per kalenderjaar
maximaal € 29,50

100%, maximaal
3 foto's per kalenderjaar
maximaal € 44,25

De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt per kalenderjaar:

€ 29,50

€ 44,25

Gnatologie (behandeling kaakgewrichtsklachten)

| | |
|-----|---|
| G69 | occlusale opbeetspalk, inclusief techniekkosten |
|-----|---|

geen

50%

B.1. Volledige prothesen bij tandarts of tandprotheticus

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

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

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

| | |
|----------|---|
| P21, P25 | volledige boven- of onderprothese incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten; |
| P30 | volledige boven- en onderprothese incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten; |

50% tot maximaal
€ 60,-

100% tot maximaal
€ 120,-

50% tot maximaal
€ 112,50

100% tot maximaal
€ 225,-

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

| | |
|-----|------------------------------------|
| P40 | immediaattoeslag; |
| P45 | noodprothese; |
| P78 | uitbreiden tot volledige prothese. |

50%

100%

50%

100%

50%

100%

B.2. implantaat gedragen prothese bij tandarts of tandprotheticus

| | |
|-----|---|
| J50 | volledige bovenprothese op implantaten, in combinatie met onderprothese op implantaten; |
| J51 | volledige onderprothese op implantaten; |
| J52 | volledige bovenprothese op implantaten. |

50%, maximaal € 90,-

100%, maximaal € 180,-

50%, maximaal € 45,-

100%, maximaal € 90,-

50%, maximaal € 45,-

100%, maximaal € 90,-

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

C. Partiële prothesen

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

| | |
|--------------------|---|
| P10 | partiële kunstharsprothese 1 t/m 4 elementen; |
| P15 | partiële kunstharsprothese 5 of meer elementen; |
| P34 | partiële frameprothese 1 t/m 4 elementen; |
| P35 | partiële frameprothese 5 of meer elementen; |
| P51, P52, P53, P54 | rebasen van partiële kunsthars- of frameprothese; |
| P79 | bijplaatsen van elementen aan bestaande prothese; |
| P57, P58 | reparatiekosten van een partiële prothese. |

€ 80,-

€ 120,-

€ 135,-

€ 200,-

€ 190,-

€ 285,-

€ 240,-

€ 360,-

geen

€ 80,- p/kal.jr

€ 60,- p/kal.jr.

€ 80,- p/kal.jr.

€ 60,- p/kal.jr.

€ 80,- p/kal.jr.

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

€ 500,- per
2 kalenderjaren

€ 700,- per
2 kalenderjaren

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

D. Uitgebreide tandheelkundige hulp, waaronder kronen en bruggen

Er geldt een maximale vergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de AV-Top:

| | | | |
|--------------------|---|------|-----------------------------------|
| P31 | gegoten wortelkappen met stift; | geen | € 95,- |
| P32 | extra per precisieverankering; | geen | € 65,- |
| R20, R25, R26, R13 | gegoten porselein op metalen kroon of porseleinen jacketkroon; | geen | € 250,- |
| R32 | gegoten opbouw indirecte methode; | geen | € 95,- |
| R33 | gegoten opbouw directe methode; | geen | € 95,- |
| R40 | brugdeel 1e dummy; | geen | € 155,- |
| R45 | brugdeel 2e en volgende dummy; | geen | € 105,- |
| R60 | etsbrug zonder preparatie; | geen | € 130,- |
| R61 | etsbrug met preparatie; | geen | € 155,- |
| R65 | toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel; | geen | € 80,- |
| R78 | indirecte labiale veneering zonder preparatie; | geen | € 90,- |
| R79 | indirecte labiale veneering met preparatie. | geen | € 90,- |
| | De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten). Te vergoeden na afronding van de totale behandeling en na indiening van de totale nota voor het implanteren en plaatsing kroon/brug. | geen | maximaal € 450,- |
| | De vergoeding van alle onder D genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp samen kent een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar. | geen | maximaal € 450,- per kalenderjaar |

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 17,95

AV-Top

€ 29,95

Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar

Vergoed wordt € 7,- per dag bij verblijf in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen jonger dan 21 jaar gedurende maximaal 42 dagen per 2 kalenderjaren. Het verblijf moet zijn voorgeschreven door de behandelend specialist.

€ 7,- per dag,
maximaal 42 dagen
per 2 kalenderjaren

€ 7,- per dag,
maximaal 42 dagen
per 2 kalenderjaren

Vaccinaties buitenland

Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt 50% vergoed, tot ten hoogste € 50,- per verzekerde per kalenderjaar.

geen

50%, maximaal € 50,-
per kalenderjaar

Voor de kosten van injecties uitgevoerd door SGZ Gezondheid & Zorg geldt een vergoeding van 100% (voor adressen zie www.sgzopreis.nl).

geen

via SGZ 100%

De vergoeding wordt verleend voorzover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de basisverzekering.

Verblijf bij levertransplantatie

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

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

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

Vervangende mantelzorg

Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt, kan door 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%,
maximaal 14 dagen
per kalenderjaar

100%,
maximaal 14 dagen
per kalenderjaar



Een declaratie indienen?

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

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met één van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam



Ga naar www.dsw.nl of bel (010) 2 466 466

DSW
zorgverzekeraar
goed voor je