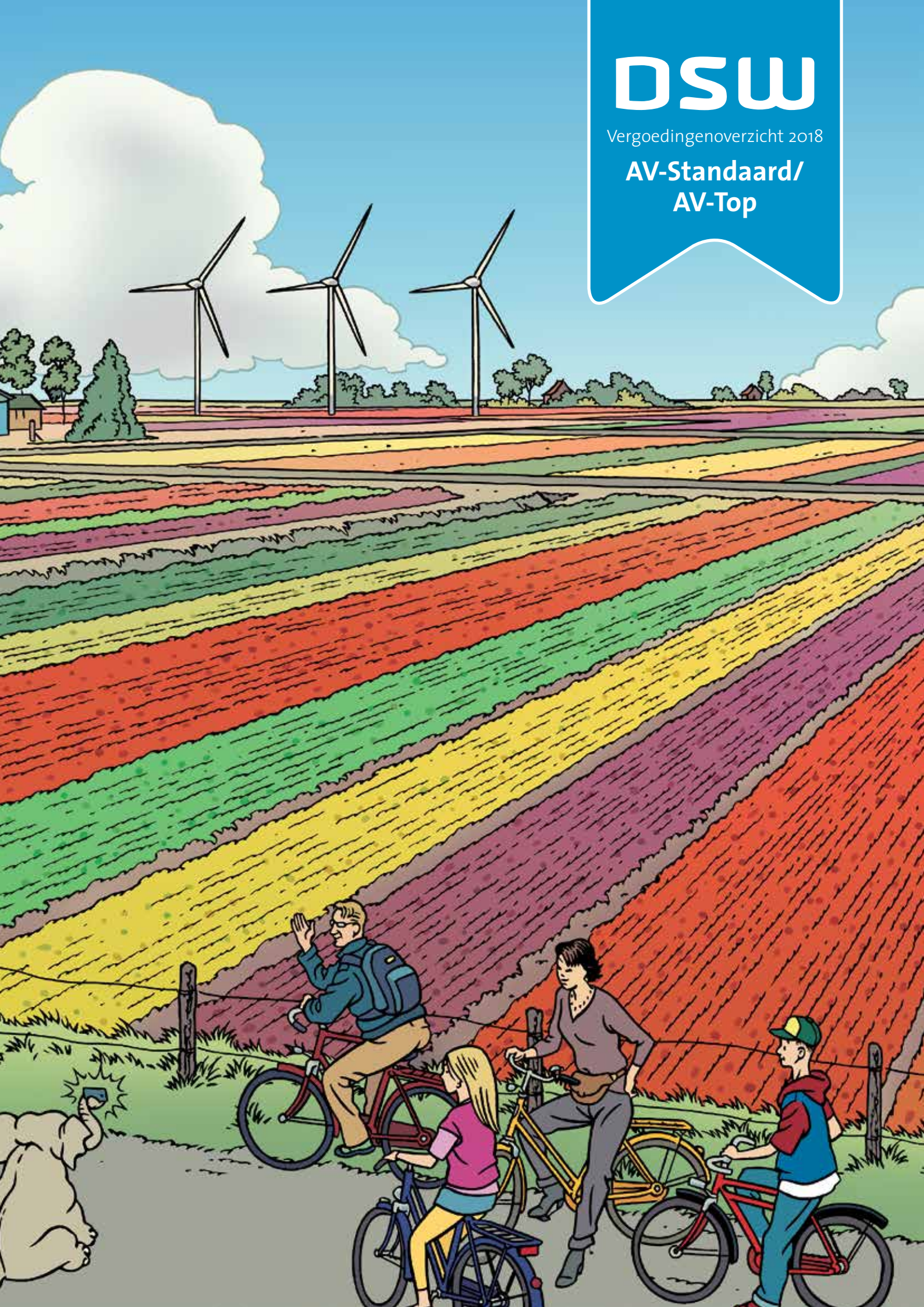


DSW

Vergoedingenoverzicht 2018

**AV-Standaard/
AV-Top**



Gewijzigd in de aanvullende verzekering in 2018

Hospice	In de AV-Top is een vergoeding opgenomen voor de eigen bijdrage voor het verblijf en de verzorging in een hospice.
Fysiotherapie en/of manuele therapie	Het maximum aantal behandelingen is verlaagd naar 12 behandelingen per kalenderjaar in de AV-Standaard en 27 behandelingen per kalenderjaar in de AV-Top.
Steunzolen	De maximale vergoeding in de AV-Top is verhoogd naar € 75,- per kalenderjaar.

De volgende dekkingen uit de aanvullende verzekering zijn vervallen omdat ze zijn opgenomen in een andere voorziening:

- Second opinion, opgenomen in de basisverzekering;
- Vervangende mantelzorg, opgenomen in de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning, uitgevoerd door de gemeenten).

Een aantal vergoedingen is geactualiseerd.

Er heeft een aantal tekstuele wijzigingen plaatsgevonden ter verduidelijking.

Algemene informatie

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

Premie

De AV-Standaard kost € 21,25 en de AV-Top € 35,00 per persoon per maand.

De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd.

Kinderen

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

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

Duur van de verzekering

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

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

Later afsluiten?

Sluit u uw aanvullende verzekering later af dan uw basisverzekering? Houd dan rekening met het volgende:

- u betaalt € 12,50 administratiekosten;
- er geldt een wachttijd van twee maanden op de vergoedingen;
- inschrijving vindt plaats per de eerste van de maand na aanmelding.

Eigen risico

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

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

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

De kosten komen per behandeldatum maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking. Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.

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

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

maximaal € 30,- per
behandeldatum,
maximaal € 450,- per
kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Anticonceptie

Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit de AV-Top bestaat vanaf 21 jaar een vergoeding voor farmaceutische anticonceptiemiddelen: 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 anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt niet vergoed.

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%

Brillenglazen/contactlenzen voor volwassenen

De vergoeding voor verzekerden van 18 jaar en ouder is per oogafwijking met een sterkte vanaf 6 dioptrieën. De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken. Een leesgedeelte (additie) in een bril of contactlens telt niet mee bij de bepaling van het aantal dioptrieën. Bij multifocale glazen dient het leesgedeelte als een positieve additie weergegeven te zijn, voor de juiste bepaling van de oogafwijking. Een leesbril is uitgezonderd van vergoeding. De vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren verleend voor maximaal 2 brillenglazen/contactlenzen. Voor systeemplenzen geldt dezelfde maximumvergoeding per 2 kalenderjaren.

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren
vanaf 6 dioptrieën

maximaal € 35,-
per glas/lens per
2 kalenderjaren
vanaf 6 dioptrieën

Brillen/contactlenzen voor kinderen

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

maximaal € 70,-
per kalenderjaar

maximaal € 70,-
per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

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 naar Nederland;
- 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 van instructie voor camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals en de hiervoor te gebruiken camouflagetherapieproducten. 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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

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. Bij een chronische indicatie, afgegeven door een arts, worden vanaf de 21e behandeling de kosten uit de basisverzekering vergoed.

Voor de AV-Standaard geldt een maximum van 12 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen. Voor manuele therapie geldt een maximum van 9 behandelingen per kalenderjaar, geleverd door een manueel therapeut of orthomanueel geneeskundige.

Voor de AV-Top geldt een maximum van 27 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen.

Voor manuele therapie geldt een maximum van 18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan:

- 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) of bij het Keurmerk Fysiotherapie is geregistreerd. Dit geldt ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie en manuele therapie. De kosten van de orthomanueel geneeskundige komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de orthomanueel geneeskundige is geregistreerd in het Register Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG).

De volgende maximumvergoedingen gelden:

- fysiotherapie € 29,75 per zitting;
- manuele therapie € 41,15 per zitting;
- orthomanuele therapie € 41,15 per zitting;
- bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 44,70 per zitting.

Per dag komt maximaal 1 behandeling voor vergoeding in aanmerking.

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 12 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:

- maximaal 9 behandelingen door een manueel therapeut of orthomanueel geneeskundige

fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Haptotherapie

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

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. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3). Om te zien welke organisaties voor vergoeding in aanmerking komen, kijk op www.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 Wlz-instelling - wordt een vergoeding gegeven voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar. Vergoeding vindt plaats voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering of op vergoeding van verblijf in een Wlz-instelling. De behandeling dient vooraf 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 Integrale Geneeskunde (AVIG) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) zijn geregistreerd. De vergoeding wordt slechts eenmaal per behandeldatum verleend. Op de nota dienen de behandeldata te worden gespecificeerd.

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

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

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 Integrale Geneeskunde (AVIG) of de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- het homeopathisch middel moet zijn opgenomen als geregistreerd homeopathisch geneesmiddel of als antroposofisch middel in de lijst van de Z-Index.

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

Hospice

Vanuit de AV-Top worden de kosten vergoed van de eigen bijdrage voor het verblijf en de verzorging in een particulier hospice of bijna-thuis-huis, tot maximaal € 23,- per dag, maximaal 90 dagen lang.

geen

€ 23,- per dag,
maximaal 90 dagen

Heeft u een Wlz-indicatie? Dan krijgt u de zorg in het hospice vergoed door het Zorgkantoor uit uw regio. De eigen bijdrage die het CAK oplegt wordt niet vergoed vanuit uw aanvullende verzekering.

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Kraamzorg en bevalling - vervolg

Lactatiekundige

Vanuit de AV-Top worden de kosten vergoed van advies en voorlichting van een lactatiekundige in de periode dat borstvoeding wordt gegeven. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,-. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

geen

100%, maximaal € 100,- voor de duur van de verzekering

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 een buitenlandse kuurreis georganiseerd door een in kuurreizen gespecialiseerde reisorganisatie, wordt uit de AV-Top maximaal € 325,- per week in de kosten bijgedragen. Er geldt een maximumvergoeding van € 975,- per kalenderjaar. 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 kalenderjaar

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 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.

Cesar en Mensendieck samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar

Cesar en Mensendieck samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Oefentherapie Cesar en Mensendieck - vervolg

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De vergoeding voor oefentherapie bedraagt € 29,75 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.

Oncologie

Stichting Les Vaux biedt hulp bij emotionele verwerking van kanker tijdens vakantieweken in Frankrijk en weekeinden 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.

75%, maximaal € 250,-

75%, maximaal € 500,-

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,-

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,-. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3);
- zowel voor Invisalign als voor linguale apparatuur geldt uit de AV-Top een vergoeding van 75% met een maximum van € 1.250,-. Deze vergoeding omvat de kosten van de gehele behandeling inclusief de kosten van het voor- en natraject. De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3);
- orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts;

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

75%

Voor Invisalign en linguale apparatuur geldt een vergoeding van 75% met een maximum van € 1.250,- voor de duur van de verzekering

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Orthodontie - vervolg

- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
 - orthodontische herbehandeling door orthodontist of tandarts;
 - orthodontie in het kader van de bijzondere tandheekunde;
 - het plaatsen van mini-implantaten (bone-anchors of permucosale implantaten).
- om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden van 18 jaar en ouder minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij DSW voor orthodontie.

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).

Overbehandling gelaat

Bijerstige 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 gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

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

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Pedicure voor diabetespatiënten

Vanuit de basisverzekering worden de kosten van pedicure-behandelingen bij een diabetespatiënt vergoed voor zorgprofiel 2 en hoger.

Uit de AV-Top wordt 75% van de kosten van een pedicure-behandeling bij een diabetespatiënt vergoed, als er sprake is van zorgprofiel 0 of 1. De patiënt dient aangewezen te zijn op medicatie voor diabetes. De vergoeding uit de 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 luierbreekjes 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, (register)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 wordt een vergoeding voor pruiken verleend indien er sprake is van een gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid ten gevolge van behandeling met chemotherapie en/of bestraling, of een medische aandoening (bepaalde vormen van alopecia). De pruik dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

De vergoeding van pruiken vanuit de basisverzekering is 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.

geen

maximaal € 135,- per kalenderjaar

Bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) vindt geen vergoeding plaats.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Reanimatiecursus

Vanuit de AV-Top worden de kosten vergoed van een reanimatiecursus, tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

geen

100%, maximaal € 50,- per kalenderjaar

Rechtsbijstand

Voor AV-Topverzekerden heeft DSW een rechtsbijstandverzekering gesloten waarmee zij recht hebben op juridische hulp bij het verhalen van door hen geleden schade ten gevolge van foutief medisch handelen op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. Deze schade moet het gevolg zijn van foutief medisch handelen - zoals een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening - binnen Nederland, waarvan de kosten door 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). 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,-

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.

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 bezoekende ouder en het minderjarige kind dienen beiden bij DSW aanvullend verzekerd te zijn. De aanvullende verzekering van diegene die is opgenomen, bepaalt het recht op en de hoogte van de vergoeding. 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).

€ 0,18 per kilometer

€ 0,18 per kilometer

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Reiskosten bezoek aan ziek kind - vervolg

Het bezoek moet een verzekerde betreffen die is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis, niet zijnde een Wlz- of GGZ-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 de opname. De eerste 30 kilometer per dag komen niet voor vergoeding in aanmerking.

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

Sport Medisch Adviescentrum

Vergoed wordt uit de AV-Top 60% van de kosten van een sportmedisch onderzoek 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 € 75,-
per kalenderjaar

Stottertherapie

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

geen

vijf- of tiendaagse
cursus € 550,-, twee-
daagse verdiepings-
cursus € 95,- voor de
duur van de verzekering

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Tandheelkunde

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor tandheelkunde.

Het trekken van tanden en kiezen wordt volledig vergoed zonder beperking in aantal of bedrag.

De AV-Standaard en de AV-Top kennen voor de meest voorkomende vullingen (V-codes) een ruime vergoeding. Eventuele bijkomende kosten zijn echter van vergoeding uitgezonderd. In onderstaande tabel hebben we alle V-codes opgenomen die wij geheel vergoeden. Bij meer dan € 1.000,- aan V-codes (vullingen) moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.

Lokale verdoving wordt zowel in de AV-Standaard als in de AV-Top voor 100% vergoed.

Voor consulten is een maximaal aantal bepaald. Als u dit aantal overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

Voor wortelkanaalbehandelingen geldt dat de behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen volledig en zonder beperking in aantal worden vergoed. Voor bijkomende kosten geldt een maximumvergoeding.

Voor gebitsreiniging, röntgenfoto's en kronen geldt een maximumvergoeding. Als u dit bedrag overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

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.

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

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- de tandheelkundige behandeling dient uitgevoerd te worden door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus;
- 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.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Tabel overzicht tandheelkundige vergoedingen AV-Standaard en AV-Top

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
A. Algemeen			
Consulteren			
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)			
Gebitsreiniging wordt per eenheid van 5 minuten gedeclareerd (M03). Jaarlijks komt een maximaantal van het 5-minutentarieftarief voor gebitsreiniging (M03) voor vergoeding in aanmerking.			
M03	Gebitsreiniging (5-minutentarieftarief)	max. 2 p/kal.jr., = max. 10 min. p/kal.jr. = max. € 24,78 p/kal.jr.	max. 3 p/kal.jr., = max. 15 min. p/kal.jr. = max. € 37,17 p/kal.jr.
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	Gecomplieerde extractie met opklap	100%	100%
H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%	100%
H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%	100%
Kosten voor de operatiekamer (code H90) worden niet vergoed.			
Alle overige H-codes		geen	100%
Verdoving (anesthesie)			
Lokale verdovingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.			
A10	Verdoving	100%	100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Vullingen (restauraties van plastisch materiaal)			
Voor vullingen (V-codes) kent uw aanvullende verzekering een ruime vergoeding. De eventueel bijkomende behandelcodes worden niet vergoed.			
Let op: bij meer dan € 1.000,- aan vullingen moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.			
V71	Eénvlaksvulling amalgaam	100%	100%
V72	Tweevlaksvulling amalgaam	100%	100%
V73	Drievlaksvulling amalgaam	100%	100%
V74	Meervlaksvulling amalgaam	geen	100%
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V82	Tweevlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	geen	100%
V91	Eénvlaksvulling composiet	100%	100%
V92	Tweevlaksvulling composiet	100%	100%
V93	Drievlaksvulling composiet	100%	100%
V94	Meervlaksvulling composiet	geen	100%
Spoedbehandelingen			
E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%	100%
E42	Terugzetten verplaatst gebitselement	100%	100%
E43	Vastzetten gebitselement d.m.v. spalk	100%	100%
E44	Verwijderen van spalk	100%	100%
E77, E78	Initiële wortelkanaalbehandeling bij waarneming	100%	100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
Wortelkanaalbehandelingen (endodontie)			
De behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed (met uitzondering van Eo2), 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,-	€ 21,-
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%

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 € 30,94 per kalenderjaar en in de AV-Top € 46,41 per kalenderjaar.

X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 2	100%, max. 3
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 30,94	€ 46,41

Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)

G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	geen	50%
-----	--	------	-----

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
B. Protheses			
Kunstgebit (volledige gebitsprothese)			
<p>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 (rebasen) en reparatie van een volledig kunstgebit worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.</p>			
P21, P25	Volledig kunstgebit boven- of onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 61,25	100%, max. € 122,50
P30	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak 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%

Klikgebit (volledige overkappingsprothese op implantaten)

De kosten van een klikgebit worden vergoed vanuit de basisverzekering, met uitzondering van de wettelijke eigen bijdrage. De eigen bijdrage van de kosten van de gebitsprothese en het kliksysteem (mesostructuur) tezamen bedraagt:

- 10% voor de onderkaak (J51)
- 8% voor de bovenkaak (J52)

Deze eigen bijdrage wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Er dient altijd vooraf een machtiging aangevraagd te worden.

Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig klikgebit, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.

J51	Volledige onderprothese op implantaten	max. € 45,-	max. € 90,-
J52	Volledige bovenprothese op implantaten	max. € 45,-	max. € 90,-

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
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.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

Code	Verrichting	Vergoeding	
		Standaard	Top
C. Uitgebreide tandheelkundige hulp		Standaard	Top
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

€ 21,25

AV-Top

€ 35,00

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 uit de AV-Top 100% vergoed, tot ten hoogste € 80,- per verzekerde per kalenderjaar.

geen

100%,
maximaal € 80,-
per kalenderjaar

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

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.

