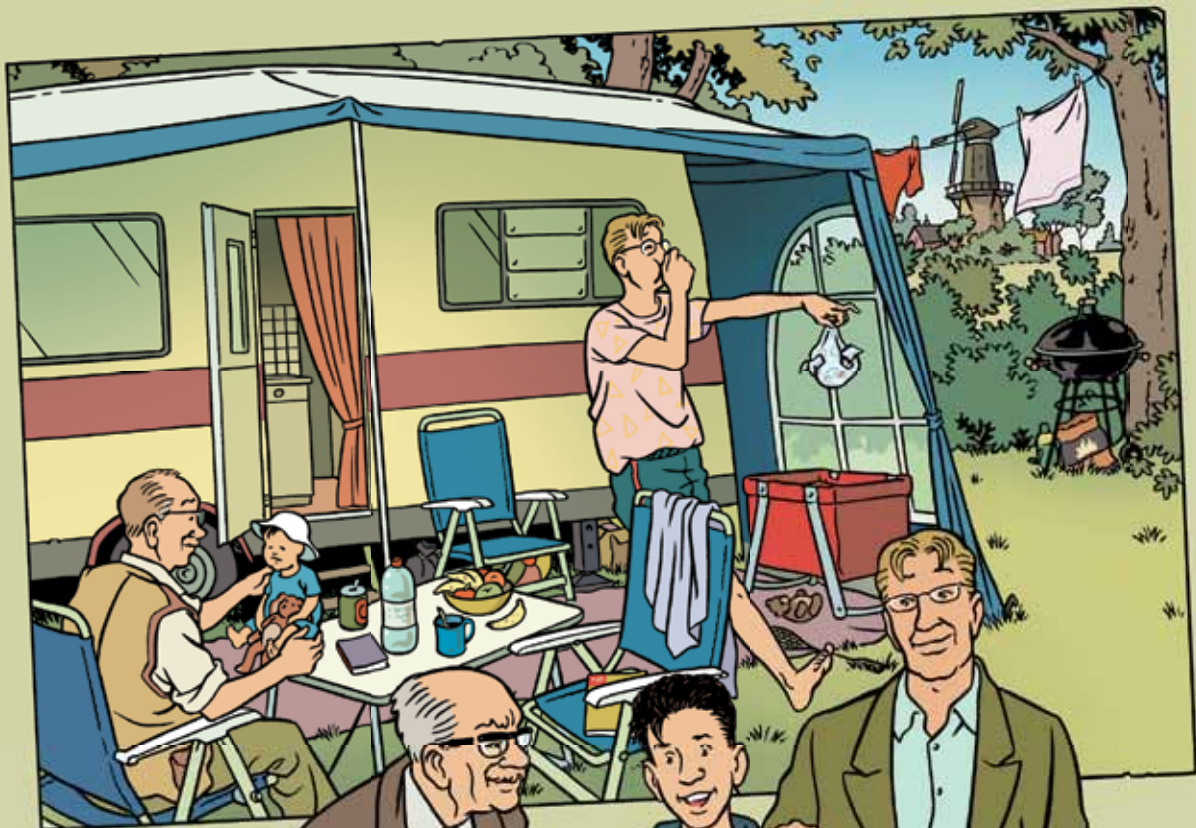


DSW

AV-Standaard AV-Top

Vergoedingenoverzicht 2012
Aanvullende verzekering



Gewijzigd in de aanvullende verzekeringen 2012

Fysiotherapie en oefentherapie

In de basisverzekering wordt het aantal zelf te betalen behandelingen voor chronische aandoeningen verhoogd van 12 naar 20. Deze behandelingen worden wel vanuit uw aanvullende verzekering vergoed. Het aantal te vergoeden behandelingen fysiotherapie en oefentherapie wordt daarom in de AV-Standaard uitgebreid van 18 naar 20.

Bepaalde aandoeningen worden door de overheid niet langer als chronisch aangemerkt en behandelingen worden daarvoor niet langer uit de basisverzekering vergoed. Deze behandelingen worden, mits deze zorg medisch noodzakelijk is, vergoed vanuit uw aanvullende verzekering, tot het daarin geldende maximum aantal.

Voor de AV-Top geldt vanaf 2012 een maximum aantal van 36 behandelingen.

Tandheelkunde en orthodontie

De overheid voert in 2012 nieuwe codes voor tandheelkundige prestaties in. Uw aanvullende verzekering is op deze nieuwe codes aangepast, waarmee we in 2012 wederom een vergoeding bieden voor alle noodzakelijke tandheelkundige verrichtingen.

Tandheelkunde

Tot 2012 gelden voor tandheelkunde wettelijke maximumtarieven. In 2012 worden de tarieven door de overheid vrijgegeven. Dit betekent dat uw tandarts zelf kan bepalen hoe hoog het bedrag is dat hij voor een behandeling (aangeduid met een code) in rekening brengt. Om de kosten en de premie te beheersen heeft DSW bij het vaststellen van de maximale vergoedingen voor 2012 de wettelijke maximumtarieven gehanteerd zoals deze op 31 december 2011 gelden.

Als u naar een tandarts gaat met wie wij tot afspraken zijn gekomen (gecontracteerde tandarts) kunt u er, net als in 2011, van uitgaan dat u voor de meeste codes niet hoeft bij te betalen. Dit hebben wij in deze brochure bij de betreffende codes aangegeven met een sterretje. Sommige codes kennen net als in 2011 een gedeeltelijke vergoeding en zullen ook bij gecontracteerde tandartsen leiden tot een eigen bijdrage.

Gaat u naar een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft willen sluiten, dan vergoeden wij maximaal de marktconforme vergoeding zoals opgenomen in het vergoedingenoverzicht.

Orthodontie

Tot 2012 gelden voor orthodontie wettelijke maximumtarieven. In 2012 worden de tarieven door de overheid vrijgegeven. Dit betekent dat uw orthodontist/tandarts zelf kan bepalen hoe hoog het bedrag is dat hij voor een behandeling (aangeduid met een code) in rekening brengt. Om de kosten en de premie te beheersen heeft DSW bij het vaststellen van de maximale vergoedingen voor 2012 de wettelijke maximumtarieven gehanteerd zoals deze op 31 december 2011 gelden.

Als u naar een orthodontist/tandarts gaat met wie wij tot afspraken zijn gekomen (gecontracteerde orthodontist/tandarts) kunt u er, net als in 2011, van uitgaan dat wij 75% vergoeden en dat de eigen bijdrage 25% bedraagt.

Gaat u naar een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft willen sluiten, dan vergoeden wij maximaal 75% van de marktconforme vergoeding zoals opgenomen in het vergoedingenoverzicht. Als deze zorgverlener in 2012 de tarieven verhoogt, dan zal de eigen bijdrage daardoor meer dan 25% bedragen.

Er heeft een aantal tekstuele wijzigingen plaatsgevonden ter verduidelijking.

Zie voor de exacte voorwaarden het vergoedingenoverzicht.

Algemene informatie

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 € 18,50 per persoon per maand, de AV-Top € 30,75 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.

U sluit de aanvullende verzekering 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 van aanvullende verzekering wisselen, of uw aanvullende verzekering beëindigen.

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.

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

€18,50

AV-Top

€30,75

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 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).

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

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

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.

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

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€18,50

AV-Top

€30,75

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. Een leesgedeelte in een bril of contactlens telt niet mee bij de bepaling van het aantal dioptrieën. 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. 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 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

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

75%, maximaal €150,-
per kalenderjaar

75%, maximaal €150,-
per kalenderjaar

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

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).

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.

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. Voor de AV-Top moeten behandelingen vanaf de 19^e behandeling vooraf worden aangevraagd.

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 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 € 28,25 per zitting;
- manuele therapie € 39,- per zitting;
- bekkentherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 42,35 per zitting.

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

€18,50

AV-Top

€30,75

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, 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

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

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);

100%

100%

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

- 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.

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 de eigen
bijdrage

100% van de 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

€18,50

AV-Top

€30,75

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.

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. Voor de AV-Top moeten behandelingen vanaf de 19^e behandeling vooraf worden aangevraagd.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De vergoeding voor oefentherapie bedraagt € 28,25 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.

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

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

€ 2.300,-

geen

€ 4.600,-

Orthodontie

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

- vergoeding wordt uitsluitend gegeven voor NZa-prestatiecodes tot maximaal (een percentage van) de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding (zie www.dsw.nl);
- vergoed wordt uit de AV-Standaard 75% van de kosten tot maximaal de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding en tot een maximum van € 685,- voor de duur van de verzekering;
- vergoed wordt uit de AV-Top 75% van de kosten tot maximaal de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding;
- voor Invisalign geldt uit de AV-Top een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering;
- 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.

75% van de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding, maximaal € 685,- voor de duur van de verzekering

75% van de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding, voor Invisalign geldt een maximumvergoeding van € 1.250,- voor de duur van de verzekering

Niet nagekomen afspraak door verzekerde wordt niet vergoed.

Vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed.

Overbeharing gelaat

Bij ernstige overbeharing van het gelaat en/of de hals bij vrouwen wordt 75% van de kosten van elektrische epilatie, lasertherapie of lichtflittherapie vergoed. De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde

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

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

Vergoedingen

AV-Standaard

€18,50

AV-Top

€30,75

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.

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

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

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 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

Vergoedingen

AV-Standaard

€18,50

AV-Top

€ 30,75

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 5 zittingen. Vanuit de AV-Top worden maximaal 4 extra zittingen per kalenderjaar vergoed met een vergoeding van € 50,- per zitting. De psycholoog dient, net als voor vergoeding vanuit de basisverzekering, wel aan bepaalde kwalificaties te voldoen. Voor meer informatie hierover kunt u terecht op www.dsw.nl.

geen

€ 50,-, maximaal
4 zittingen
per kalenderjaar

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 voor zover aan de andere verzekering dan wel voorziening geen rechten kunnen worden ontleend.

geen

maximaal € 4.600,-

Vergoedingen

AV-Standaard

€18,50

AV-Top

€30,75

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

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 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 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

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

Tandheelkunde

Voorwaarden voor de onder A, B, C, D en E genoemde tandheelkundige hulp:

- vergoedingen betreffen verzekerden van 18 jaar en ouder;
- vergoeding wordt uitsluitend gegeven voor NZa-prestatiecodes tot maximaal de door DSW vastgestelde marktconforme vergoeding (zie www.dsw.nl);
- 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.

Niet nagekomen afspraak door verzekerde wordt niet vergoed.

A. Algemeen

Consultatie en diagnostiek

A111 periodieke controle;

A211 probleemgericht consult.

maximaal € 19,65*

geen

maximaal € 19,65*

maximaal € 19,65*

NB: Jaarlijks komen maximaal 2 A-codes (A111, A211) voor vergoeding in aanmerking.

Röntgendiagnostiek

A311 maken en beoordelen kleine röntgenfoto;

A321 maken en beoordelen kaakoverzichtsfoto.

maximaal € 14,50*

maximaal € 29,-

maximaal € 14,50*

maximaal € 43,50

De maximale vergoeding voor A311 en A321 tezamen bedraagt per kalenderjaar:

maximaal € 29,-

maximaal € 43,50

Tandsteen verwijderen

C212 gebitsreiniging standaard;

C214 gebitsreiniging uitgebreid.

maximaal € 12,95*

maximaal € 12,95

maximaal € 12,95*

maximaal € 12,95

NB: Jaarlijks komt gebitsreiniging maximaal 2 maal voor vergoeding in aanmerking.

* Bij een gecontracteerde tandarts wordt de prestatiecode vergoed zonder bijbetaling. Bij een niet-gecontracteerde tandarts is het genoemde bedrag de maximale vergoeding.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

Chirurgische ingrepen

J111	terugzetten verplaatst element door ongeval;	maximaal € 64,60*	maximaal € 64,60*
J311	trekken tand of kies;	maximaal € 27,45*	maximaal € 27,45*
J315	moeizaam trekken tand of kies;	maximaal € 68,60*	maximaal € 68,60*
J411	chirurgische verrichting.	geen	maximaal € 50,-

Eenvoudige extracties door een kaakchirurg worden ook vergoed.

100%

100%

Endodontologie (wortelkanaalbehandelingen)

L111	start wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal;	maximaal € 84,25*	maximaal € 84,25*
L112	start wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen;	maximaal € 110,05*	maximaal € 110,05*
L113	start wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen;	maximaal € 135,90*	maximaal € 135,90*
L114	start wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen;	maximaal € 161,70*	maximaal € 161,70*
L311	volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal;	maximaal € 193,50*	maximaal € 193,50*
L312	volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen;	maximaal € 234,80*	maximaal € 234,80*
L313	volledige wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen;	maximaal € 276,15*	maximaal € 276,15*
L314	volledige wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen.	maximaal € 317,45*	maximaal € 317,45*

Parodontologie (tandvlesbehandelingen)

Vergoedingen zijn inclusief alle bijkomende kosten zoals techniekkosten. De genoemde bedragen zijn 50% van de door DSW vastgestelde marktconforme vergoedingen. Voor de AV-Top geldt voor parodontologie een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

A531	vaststellen conditie tandvles;	geen	maximaal € 18,70
A611	bacteriologisch onderzoek;	geen	maximaal € 20,25
A722	onderzoek tandvlesbehandeling;	geen	maximaal € 68,45
N111	grondig reinigen worteloppervlak per element;	geen	maximaal € 10,35
N211	tussentijdse beoordeling tandvlesbehandeling;	geen	maximaal € 40,05
N215	evaluatie tandvlesbehandeling;	geen	maximaal € 68,45

* Bij een gecontracteerde tandarts wordt de prestatiecode vergoed zonder bijbetaling. Bij een niet-gecontracteerde tandarts is het genoemde bedrag de maximale vergoeding.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

N311	flapoperatie tussen twee elementen;
N315	flapoperatie per sextant;
N411	tuber- of retromolaarplastiek;
N611	tandvleescorrectie per element, zonder opklap;
N811	behandeling tandvleesabces;

geen	maximaal € 83,95
geen	maximaal € 145,45
geen	maximaal € 32,30
geen	maximaal € 24,55
geen	maximaal € 34,90

W112	nazorg standaard;
W114	nazorg uitgebreid.

geen	maximaal € 27,15
geen	maximaal € 39,30

Restauraties door middel van plastisch materiaal (vullingen)

E111	éénvlaksvulling;
E112	tweevlaksvulling;
E113	drievlaksvulling;
E114	vier- of vijfvlaksvulling.

maximaal € 35,15*	maximaal € 35,15*
maximaal € 51,85*	maximaal € 51,85*
maximaal € 63,90*	maximaal € 63,90*
geen	maximaal € 89,-*

Gnathologie (behandeling kaakgewrichtsklachten)

Inclusief techniekkosten

S411	opbeetplaat.
------	--------------

geen	maximaal € 105,- per kalenderjaar
------	--------------------------------------

B.1. Volledig kunstgebit/gebtsprothese

Voor een nieuw volledig kunstgebit geldt dat 75% van de kosten wordt vergoed vanuit de basisverzekering (Regeling Mondzorg).

Voorafgaande toestemming is vereist wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten meer dan € 560,- per kaak bedragen.

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

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

G111	volledig kunstgebit boven- en onderkaak;
G112	volledig kunstgebit onderkaak;
G113	volledig kunstgebit bovenkaak;
G651v	uitbreiding gedeeltelijk kunstgebit of frame;
G921	tijdelijke voorziening (volledige prothese) per kaak.

50%, maximaal € 115,-	100%, maximaal € 230,-
50%, maximaal € 61,25	100%, maximaal € 122,50
50%, maximaal € 61,25	100%, maximaal € 122,50
50%, maximaal € 25,-	100%, maximaal € 50,-
50%, maximaal € 61,25	100%, maximaal € 122,50

* Bij een gecontracteerde tandarts wordt de prestatiecode vergoed zonder bijbetaling. Bij een niet-gecontracteerde tandarts is het genoemde bedrag de maximale vergoeding.

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

B.2. implantaat gedragen prothese bij tandarts of tandprotheticus

Een implantaat gedragen volledige prothese (klikgebit) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de prothese geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak die gedeeltelijk wordt vergoed uit de aanvullende verzekering.

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

G211 klikgebit per kaak;

€ 45,-
van de eigen bijdrage

€ 90,-
van de eigen bijdrage

G253 vervangend klikgebit op verbonden implantaten per kaak.

€ 45,-
van de eigen bijdrage

€ 90,-
van de eigen bijdrage

C. Partiële prothesen

Vergoedingen zijn inclusief alle bijkomende kosten (zoals techniekkosten) gemaakt bij een tandarts of een tandprotheticus.

G411 gedeeltelijk (kunsthars)gebit (plaatje) per kaak;

maximaal € 135,-
maximaal € 240,-

maximaal € 200,-
maximaal € 360,-

G451 gedeeltelijk kunstgebit met metaalbasis (frame) per kaak;

G651p uitbreiding gedeeltelijk kunstgebit of frame;

maximaal € 60,-
geen

maximaal € 80,-
maximaal € 80,-

G711 opvullen bestaand kunstgebit per kaak;

per kalenderjaar
maximaal € 80,-

G811, G815 reparatie kunstgebit met of zonder afdruk per kaak.

maximaal € 60,-
per kalenderjaar

per kalenderjaar
maximaal € 80,-

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

€ 500,-
per 2 kalenderjaren

€ 700,-
per 2 kalenderjaren

Vergoedingen

AV-Standaard

€ 18,50

AV-Top

€ 30,75

D. Uitgebreide tandheelkundige hulp

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

E313	drievlaks inlay;
E321	kroon;
E325	brugtussendeel;
E335	schildje van keramiek of kunststof;
E341	plakbrug met één tussendeel aan één element;
E345	volgende tussendeel of steunpunt bij plakbrug;
E423	opbouw niet-plastisch materiaal;
E441	wortelkap;
E511	aanbrengen precisiekoppelingen per stuk.

geen	maximaal € 250,-
geen	maximaal € 250,-
geen	maximaal € 155,-
geen	maximaal € 90,-
geen	maximaal € 155,-
geen	maximaal € 80,-
geen	maximaal € 95,-
geen	maximaal € 95,-
geen	maximaal € 65,-

De maximale vergoeding betreft implantaten in een betande kaak inclusief opbouw van een kroon of brug (inclusief techniekkosten). Te vergoeden na afronding van de totale behandeling en na indiening van de totale nota voor het implanteren en plaatsen van kroon of brug.

geen	maximaal € 450,-
------	------------------

De vergoeding uit de AV-Top bedraagt maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar (alleen voor uitgebreide tandheelkundige hulp als bedoeld onder D).

geen	maximaal € 450,- per kalenderjaar
------	--------------------------------------

E. Diversen

X111	toeslag avond-, nacht- en weekendbehandeling (van 18.00 tot 7.00 uur en op zaterdag en zondag);
X221	verwijderen spalk per element.

maximaal € 19,65	maximaal € 19,65
maximaal € 5,20	maximaal € 5,20

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
--	--

Vergoedingen

AV-Standaard

€18,50

AV-Top

€30,75

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%

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. 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

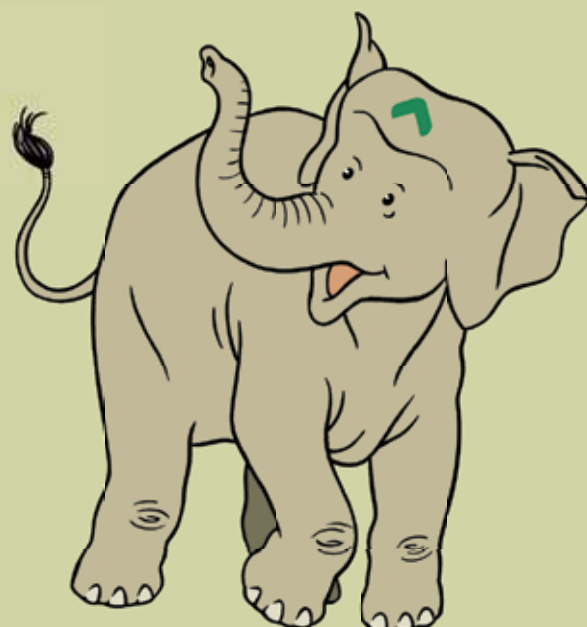
Een declaratie indienen?

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