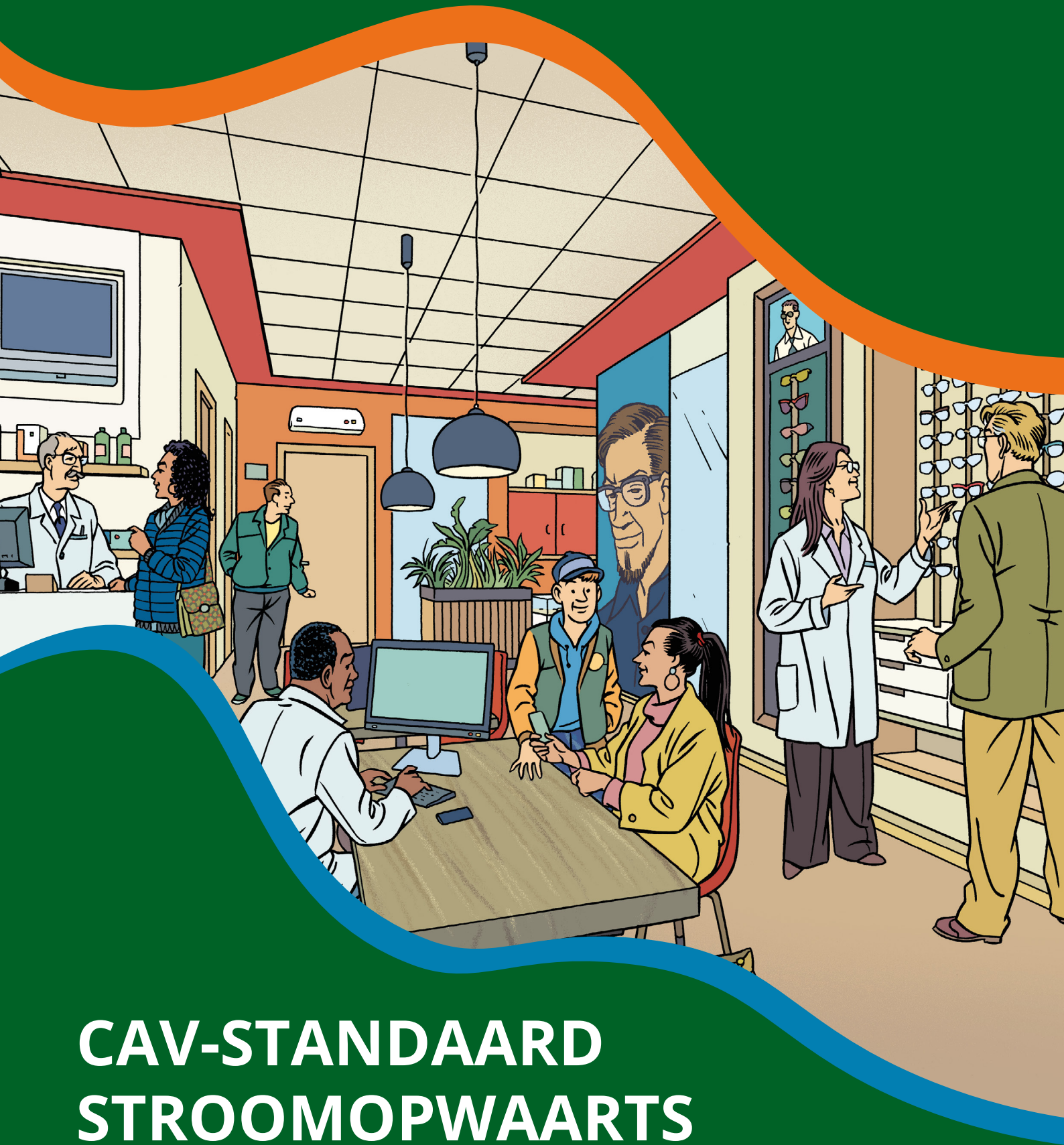
DSW
zorgverzekeraar



CAV-STANDAARD STROOMOPWAARTS

VERGOEDINGENOVERZICHT 2027

INHOUD

ALGEMENE INFORMATIE **3**

VERGOEDINGEN **4**

Acnebehandelingen 4
Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen 4
Anticonceptie 5
Brillenglazen en contactlenzen 5
Buitenland 6
Camouflageproducten en instructie 6
Dieet (medisch noodzakelijk) 6
Fysiotherapie en/of manuele therapie 7
Herstellingsoord 7
Hirsutisme 7
Homeopathische geneesmiddelen 8
Hoortoestellen 8
Kledingslijtage 8
Kraamzorg en bevalling 8
Logeerhuis 9
Oefentherapie Cesar en Mensendieck 9
Orthodontie 10
Overgangsconsulente 10
Persoonlijke gezondheidscheck 10
Plaswekker 10
Podotherapie 11
Preventieve zorg 11
- Hartpatiënten, begeleid trainen 11
- Pedicure voor diabetespatiënten 11
- Preventief onderzoek 11

Reiskosten bezoek aan ziek kind 11
Rollator 12
Steunpessaria 12
Steunzolen 12
Tandheelkunde 13
Tandongevallendekking 17
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar 18
WMO 18
Ziekenvervoer 18

ALGEMENE INFORMATIE

In deze brochure vindt u de vergoedingen van de CAV-Standaard van de Stroomopwaarts-gemeenten.

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.
Een beëindiging van de aanvullende verzekering moet uiterlijk 31 december aan ons worden doorgegeven.
Wijzigen of aanvragen van een aanvullende verzekering kan tot en met 31 januari. De ingangsdatum wordt dan met terugwerkende kracht 1 januari.

Als u niets doet, wordt de duur van de aanvullende verzekering automatisch met één kalenderjaar verlengd.

TOTALE VERGOEDING

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.

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

Acnebehandelingen

VERGOEDING 75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar

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 behandeling dient te worden gegeven door een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd.

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

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

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) of de Nederlandse Vereniging ter bevordering van Antroposofische Gespreks- en Psychotherapie (NVAGP);

- CHIROPRACTIE
  kosten van consulten verleend door chiropractors;

- HAPTOTHERAPIE
  Kosten van consulten verleend door een haptotherapeut die is aangesloten bij de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH), het Nederlands Verbond voor Psychologen, psychosociaal therapeuten en Agogen (NVPA) of de Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG) komen voor vergoeding in aanmerking;

- HOMEOPATHIE
  Vergoed worden kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Artsen Vereniging Integrale Geneeskunde (AVIG) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP) zijn geregistreerd. De vergoeding wordt slechts eenmaal per behandeldatum verleend. Op de rekening dienen de behandeldata te worden gespecificeerd;

- MUSCULOSKELETALE GENEESKUNDE
  De kosten van de musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige) komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer de musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige) is geregistreerd in het Register Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG);

- NATUURGENEESKUNDE
  kosten van consulten verleend door artsen;

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen - vervolg

- 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 rekening dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd. De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.

Anticonceptie

VERGOEDING 100%, met uitzondering van eigen bijdrage

Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit de CAV-Standaard bestaat vanaf 21 jaar een vergoeding voor de volgende farmaceutische anticonceptiemiddelen:
- anticonceptiepil;
- anticonceptie-implantaat;
- anticonceptiepleister;
- morning-afterpil;
- hormonale anticonceptiering;
- prikpil;
- spiraaltje (IUD).

Hierop zijn de voorwaarden van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Voor sommige anticonceptiemiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt niet vergoed.
De prikpil wordt alleen vergoed bij plaatsing door een huisarts. Een spiraal of anticonceptie-implantaat wordt vergoed bij plaatsing door een huisarts of verloskundige.

Brillenglazen en contactlenzen

VERGOEDING Brillenglazen: maximaal € 114,- per glas/lens per 3 kalenderjaren (totaal max. € 228,-)
Brilmontuur: maximaal € 46,- per 3 kalenderjaren

Voor de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- de bril of contactlenzen moeten door een opticien zijn verstrekt;
- de vergoeding wordt eenmaal per 3 kalenderjaren gegeven. Hierbij wordt gekeken naar het kalenderjaar van aflevering en het hieraan voorafgaande kalenderjaar;
- De vergoeding voor een brilmontuur bedraagt maximaal € 46,- per 3 kalenderjaren.

Buitenland

VERGOEDING binnen Europa (EU-, EER- en verdragslanden met uitzondering van verdragsland Australië): 100%
buiten Europa (overige landen): geen vergoeding

De aanvullende verzekering geeft tijdens vakantie in het buitenland de volgende aanspraken:

- spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van uw prothese en/of noodrestauratie);
- tandsteen verwijderen, 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.

Camouflageproducten en instructie

VERGOEDING 75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar

Vergoed wordt 75% van de kosten van camouflageproducten en therapie tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.
De vergoeding geldt voor:

- camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals;
- de hiervoor te gebruiken camouflageproducten.

De therapie moet worden gegeven door een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Camouflagetherapie met behulp van laser wordt niet vergoed.

Dieet (medisch noodzakelijk)

VERGOEDING 100%

Vergoed worden de extra kosten van een medisch noodzakelijk dieet (geen consulten)
Per dieet wordt een normbedrag (op basis van de normen van het Voedingscentrum) vergoed als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De deelnemer moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.
- Uitsluitend na toestemming

Fysiotherapie en/of manuele therapie

VERGOEDING fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie door een manueel therapeut

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 (bijlage 1 besluit zorgverzekering artikel 2.6), vastgesteld door een arts, verpleegkundig specialist of physician assistant, worden vanaf de 21e behandeling de kosten uit de basisverzekering vergoed.

Voor de CAV-Standaard geldt een maximum van 12 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie door een manueel therapeut.

De hulp moet worden verleend door een fysiotherapeut en/of manueel therapeut die in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of bij het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of bij het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie is geregistreerd. Dit geldt ook voor verbijzonderde vormen van fysiotherapie, zoals bekkenfysiotherapie, lymfoedeemtherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, geriatrie fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie.

Voor fysiotherapie geldt een maximumvergoeding.
Per dag komt maximaal 1 behandeling voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie 2027. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Herstellingsoord

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

Voor het verblijf in een herstellingsoord - niet zijnde een Wlz-instelling - wordt na een medische ingreep 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 het vergoedingenoverzicht op www.dsw.nl.

Hirsutisme

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

Vergoed wordt 75% van de kosten van elektrisch epileren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals. De diagnose hirsutisme moet zijn gesteld door een arts en de behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS).

De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

Homeopathische geneesmiddelen

VERGOEDING 100%

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

- het recept is uitgeschreven door een arts, die lid is van de Artsen Vereniging Integrale Geneeskunde (AVIG), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA), de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- het middel moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) met een geldig uniek registratienummer (Z-Indexnummer) en geregistreerd staan als homeopathisch of antroposofisch middel.

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

Hoortoestellen

VERGOEDING maximaal € 360,- per 5 jaren
Batterijen: maximaal € 50,- per jaar

Voor hoortoestellen geldt vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage. Deze wettelijke eigen bijdrage wordt uit de CAV-Top vergoed tot een maximumbedrag van € 360,- per 5 jaren.

Voor batterijen wordt maximaal € 50,- per jaar vergoed.

Kledingslijtage

VERGOEDING 100%, tot maximaal € 160,- per kalenderjaar

Vergoed wordt 100% tot een maximum van € 160,- per kalenderjaar voor kledingslijtage door gebruik van prothese, orthese of incontinentiemateriaal. Deze slijtage moet veroorzaakt zijn door een orthese, prothese of incontinentie.

Kraamzorg en bevalling

EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

VERGOEDING 100% van de eigen bijdrage

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

KRAAMPAKKET

VERGOEDING kraampakket & cadeautje

U kunt het kraampakket bij ons aanvragen als u zelf zwanger bent.
U ontvangt een cadeautje op het moment dat u uw kindje bij ons heeft aangemeld als medeverzekerde op uw polis.

Kraamzorg en bevalling - vervolg

LACTATIEKUNDIGE

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

Vergoed worden de kosten van advies en voorlichting van een lactatiekundige in de periode dat borstvoeding wordt gegeven. De vergoeding is voor vrouwen en 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).

EIGEN BIJDRAGE POLIKLINISCHE BEVALLING

VERGOEDING 50% van de wettelijke eigen bijdrage

Voor een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de CAV-Standaard 50% van de wettelijke eigen bijdrage vergoed.

BORSTKOLF

VERGOEDING maximaal € 75,- per bevalling

Vergoed worden de kosten van de huur of koop van een borstkolf. De vergoeding is voor vrouwen en bedraagt maximaal € 75,- per bevalling.

Logeerhuis

VERGOEDING maximaal € 35,-per etmaal

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.

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

VERGOEDING Cesar en Mensendieck samen maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar

De aanvullende verzekeringen geeft 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 CAV-Standaard geldt een maximum van 20 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar.

De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. Voor oefentherapie geldt een maximumvergoeding.
De vergoeding voor de prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie 2027. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Orthodontie

VERGOEDING 100%, maximaal € 2.050,- voor de gehele duur van de verzekering

Vergoed wordt 100% 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 CAV-Standaard 100% van de kosten tot een maximum van € 2.050,-;
- 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;
- er is pas recht op vergoeding van orthodontie indien men minstens 12 maanden voorafgaand aan de start van de behandeling bij DSW verzekerd is voor orthodontie. Deze voorwaarden gelden voor alle verzekerden ongeacht hun leeftijd.
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
  - Mini-implantaten/botankers komen alleen voor vergoeding vanuit de AV in aanmerking onder F-codes.

Niet vergoed wordt:

- niet nagekomen afspraak door verzekerde;
- vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik (F811);
- documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur (F611A, F611B en F611C);
- orthodontische apparatuur waarbij geen regelmatige fysieke controle hiervan door tandarts of orthodontist plaatsvindt.

Overgangsconsulente

VERGOEDING 75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar

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.

Persoonlijke gezondheidscheck

VERGOEDING 100%

Vergoed wordt 100% van de kosten voor het deelnemen aan een persoonlijke gezondheidscheck van &niped. De vergoeding geldt voor een eenmalige deelname gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent. De deelnemers aan de collectieve zorgverzekering worden hierover nog apart geïnformeerd.

Plaswekker

VERGOEDING huurkosten of 90% aanschafprijs, maximaal € 150,-

Er geldt een eenmalige vergoeding van de huurkosten of van 90% van de aanschafprijs (inclusief twee luierbroekjes met sensor). De vergoeding is maximaal € 150,-.

Podotherapie

VERGOEDING maximaal € 27,50 per behandeldatum, maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Vergoed worden de consulten - maximaal € 27,50 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, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of orthopedisch schoentechnieker.

Preventieve zorg

HARTPATIËNTEN, BEGELEID TRAINEN

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

Het oefenprogramma van één van de aangesloten organisaties van de Hartstichting 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).

Kijk op www.hartstichting.nl en zoek op beweegpartner om te zien welke organisaties voor vergoeding in aanmerking komen.

PEDICURE VOOR DIABETESPATIËNTEN

VERGOEDING 100%, maximaal € 120,- per kalenderjaar

Vanuit de basisverzekering worden de kosten van pedicurebehandelingen bij een diabetespatiënt vergoed bij hoog tot zeer hoog risico op voetulcera (voorheen zorgprofiel 2 en hoger). Uit de CAV-Standaard wordt 100% tot een maximum van € 120,- vergoed. Als er sprake is van laag risicovoeten (voorheen zorgprofiel 0 of 1). De patiënt dient aangewezen te zijn op medicatie voor diabetes. De hulp dient te worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met aantekening medische voet.

PREVENTIEF ONDERZOEK

VERGOEDING 100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

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

Reiskosten bezoek aan ziek kind

VERGOEDING € 0,25 per kilometer

Als een kind jonger dan 18 jaar langer dan 14 dagen is opgenomen op meer dan 25 kilometer (enkele reis) van de eigen woonplaats, worden de reiskosten voor het ziekenbezoek van de ouder(s) vanaf de eerste dag vergoed. Het kind is opgenomen in een in Nederland gevestigd ziekenhuis (geen Wlz- of GGZ-instelling) of verblijft op basis van de logeervergoeding volgens de basisverzekering.

De bezoekende ouder en het kind moeten allebei aanvullend verzekerd zijn bij DSW. De aanvullende verzekering van het kind bepaalt de vergoeding.

Reiskosten bezoek aan ziek kind - vervolg

De reiskosten worden eenmaal per dag (heen- en terugreis) vergoed en via de kortste route berekend. De eerste 25 kilometer per dag worden niet vergoed. De verzekerde dient voor vergoeding een overzicht van de reiskosten inclusief opname-/ ontslagbewijs in.

Rollator

VERGOEDING maximaal € 50,- per 5 kalenderjaren

Vergoed wordt, eenmaal per 5 kalenderjaren, een percentage van de aanschafkosten van een rollator tot een maximumbedrag. De rollator dient voor langdurig gebruik te zijn.

Steunpessaria

VERGOEDING 100%

Steunpessaria worden volledig vergoed wanneer deze zijn voorgeschreven door een arts, zijn geleverd door een apotheek of hulpmiddelenleverancier en zijn geplaatst door een huisarts. Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze wordt niet vergoed.

Steunzolen

VERGOEDING 100%, maximaal 2 paar per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten voor 2 paar steunzolen per kalenderjaar.

Vergoed worden de kosten van steunzolen geleverd door een erkend podotherapeut, (register)podoloog, podoposturaal therapeut, podokinesioloog of orthopedisch schoentechnieker, tot een maximum per kalenderjaar.

Tandheelkunde

VERGOEDING zie tabel met behandelcodes en verrichtingen op de volgende bladzijden

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor Tandheelkunde. Onderstaande vergoedingen gelden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar is opgenomen in de basisverzekering.

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

Voor vullingen (V-codes) geldt een maximumvergoeding per kalenderjaar. In de tabel zijn alle V-codes die wij vergoeden opgenomen. Eventuele bijkomende kosten worden niet vergoed.

Lokale verdoving wordt in de CAV-Standaard voor 100% vergoed.

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

Voor wortelkanaalbehandelingen geldt dat de behandelcodes voor zowel de eigenlijke wortelkanaalbehandeling als de bijkomende kosten van de wortelkanaalbehandeling (alle E-codes) worden vergoed, met uitzondering van de codes E87, E90, E95 en E97.

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

In de tabel op de volgende bladzijden hebben we alle verrichtingen opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden. Hierbij is ook aangegeven of er eventueel een maximumaantal 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:

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- de tandheelkundige behandeling dient uitgevoerd te worden onder verantwoordelijkheid van 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.

A. ALGEMEEN

VERGOEDING

CONSULTEN

C-codes behalve C012, C013, C014, C015, C020, C022 en C90	100%

TANDSTEEN VERWIJDEREN (GEBITSREINIGING)

Gebitsreiniging wordt per eenheid van 5 minuten gedeclareerd (M03). Jaarlijks komt een maximum aantal van het 5-minutentarief voor gebitsreiniging (M03) voor vergoeding in aanmerking.

M01	Preventieve voorlichting en/of instructie (5-minutentarief) Voor M01 geldt een maximale vergoeding van 12 x 5 minuten (= max. 1 uur per kalenderjaar).	max. 12 p/kal.jr., = max. 60 min. p/kal.jr.
M02	Consult voor evaluatie van preventie (5-minutentarief) Voor M02 geldt een maximale vergoeding van 12 x 5 minuten (= max. 1 uur per kalenderjaar).	max. 12 p/kal.jr., = max. 60 min. p/kal.jr.
M03	Gebitsreiniging (5-minutentarief) Meerdere gebitsreinigingen per kalenderjaar mogelijk. De vergoeding beperkt zich tot maximaal 12 x 5 minuten (= max. 1 uur tandsteen verwijderen) per kalenderjaar.	max. 12 p/kal.jr., = max. 60 min. p/kal.jr.
100% vergoeding alle overige M-codes behalve M40, M80 en M81.		100%

TREKKEN TANDEN EN KIEZEN (EXTRACTIES/CHIRURGISCHE INGREPEN)

H11	Trekken tand of kies	100%
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	100%
H26	Hechten weke delen	100%
H35	Gecompliceerde extractie met opklap	100%
H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%
H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%

Er wordt geen vergoeding gegeven voor de volgende codes: H36 (Onderzoek ten behoeve van de indicatiestelling voor een autotransplantaat behandeling), H37 (Onderzoek ten behoeve van de uitvoering voor een autotransplantaat behandeling), H38 (Uitvoeren eerste autotransplantaat), H39 (Uitvoeren volgende autotransplantaat, in dezelfde zitting) en H90 (Voorbereiding praktijkruimte ten behoeve van chirurgische verrichtingen vallend onder onderdeel B)

VERDOVING (ANESTHESIE)

Lokale verdovingen worden volledig vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.

A-Codes, behalve A20 en A30	100%
B-Codes op aanvraag	100%

VULLINGEN (RESTAURATIES VAN PLASTISCH MATERIAAL)

Voor vullingen (V-codes, behalve V30 en V35) bedraagt de maximale vergoeding voor de CAV-Standaard € 250,- per kalenderjaar. Bij meer dan € 250,- aan V-codes kan een gemotiveerde aanvraag worden ingediend.

Alle V-codes behalve V30 en V35	100%

WORTELKANAALBEHANDELINGEN (ENDODONTIE) EN SPOEDBEHANDELINGEN

Voor alle wortelkanaalbehandelingen en spoedbehandelingen die met een E-code gedeclareerd worden, geldt een gezamenlijk maximum van € 350,- per kalenderjaar. De codes E90, E95 en E97 (het bleken van tanden) zijn uitgesloten van vergoeding.

RÖNTGENFOTO'S

Uit de CAV-Standaard en CAV-Top worden jaarlijks maximaal drie röntgenfoto's vergoed.

X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 3
X21	Kaakoverzichtsfoto	100%, max. 3

KAAKGEWRICHTSBEHANDELINGEN (GNATHOLOGIE)

Vergoed wordt eenmaal per kalenderjaar 100% van de kosten kaakgewrichtsbehandelingen tot een maximum van € 210,-.

G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	100% max. € 210,- 1x p/kal.jr.

B. PROTHESES VERGOEDING

KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE)

Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De overige 25% wordt vergoed uit de aanvullende verzekering. Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig kunstgebit worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De overige 10% wordt vergoed uit de aanvullende verzekering.

Alle P-codes worden volledig vergoed, behalve P003, P004 en P048 (vergoeding volgens polisvoorwaarden AV-Standaard en AV-Top). Geen vergoeding geldt voor P046 en P049.	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:

- 17% voor de onderkaak i.c.m. de bovenkaak (J080)
- 10% voor de onderkaak (J081)
- 8% voor de bovenkaak (J082)

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.

J080	Volledige onderprothese op implantaten, i.c.m. een volledige bovenprothese	max. € 90,-
J081	Volledige onderprothese op implantaten	max. € 45,-
J082	Volledige bovenprothese op implantaten	max. € 45,-
J111	Eenvoudige reparatie gedeeltelijk klikgebit zonder afdruk	€ 60,- p/kal.jr.
J112	Reparatie gedeeltelijk klikgebit	€ 60,- p/kal.jr.
J180	Partieel klikgebit	€ 120,-
J181	Frame-klikgebit	€ 215,-
J183	Omvorming frame/partieel gebit tot klikgebit	€ 60,- p/kal.jr.
J184	Uitbreiding partieel klikgebit tot volledig	€ 60,- p/kal.jr.

GEDEELTELIJK KUNSTGEBIT (PARTIËLE PROTHESE)

Gedeeltelijke protheses en frameprotheses (incl. techniekkosten), gemaakt bij een tandarts of tandprotheticus, worden vergoed tot een maximumbedrag.

P001	Gedeeltelijk kunstgebit 1 - 4 elementen	100%
P002	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	100%
P003	Frame 1 - 4 elementen	€ 190,-
P004	Frame 5 - 13 elementen	€ 240,-

Tandongevallendekking

VERGOEDING maximaal € 10.000,- per ongeval

In aanvulling op de rubriek Tandheelkunde, vergoeden we de kosten van een noodzakelijke tandheelkundige behandeling als gevolg van een ongeval, voor zover geen vergoeding mogelijk is vanuit de basisverzekering. De vergoeding bedraagt maximaal € 10.000,- per ongeval. Uitsluitend behandelingen die gerelateerd zijn aan het ongeval, komen in aanmerking voor vergoeding uit de ongevallendekking.

Onder een ongeval verstaan we: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:
- verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij DSW;
- de herstelbehandeling kan uitsluitend door de behandelaar via Vecozo worden aangevraagd;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van huisarts, tandarts, specialist of politie met hierin de datum en toedracht van het ongeval;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan met kostenbegroting (opgesteld door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg) en de beschikbare röntgenfoto's;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg;
- de behandeling dient uiterlijk 1 jaar na het ongeval te zijn afgerond. Behalve wanneer onze tandheelkundig adviseur van mening is dat het noodzakelijk is de behandeling uit te stellen, bijvoorbeeld omdat het gebit niet volgroeid is;
- het doel van de behandeling moet zijn het gebit te herstellen in de tandheelkundige staat zoals direct voorafgaand aan het ongeval;
- de aanvraag dient binnen drie maanden na het ongeval te zijn ingediend.

Er is geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten:
- als gevolg van ziekte, flauwvallen of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- als gevolg van het nuttigen van etenswaren;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van sport als (neven)beroep;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van een sport waarbij niet de bij die sport behorende gebruikelijke beschermingsmaatregelen zijn genomen;
- als gevolg van reeds bestaande tekortkomingen van het gebit zoals o.a. het reeds ontbreken van tanden en kiezen (vóór het ongeval) en achterstallig onderhoud;
- voor orthodontische behandelingen, met als uitzondering het verwijderen, herstellen of vervangen van een beugel die door het ongeval beschadigd is.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u een vergoeding krijgt en hoe hoog de vergoeding is. Hebt u vooraf geen toestemming aangevraagd? Dan betaalt u de kosten zelf.

Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar

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

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 dient vooraf te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.

WMO

VERGOEDING 100% van de eigen bijdrage tot een maximaal van € 375,-

Vergoed wordt 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot een maximum van € 375,- per kalenderjaar.

Ziekenvervoer

VERGOEDING 100%

Vergoed wordt 100% van de wettelijke eigen bijdrage (zittend ziekenvervoer).

EEN DECLARATIE INDIENEN?

U kunt heel eenvoudig digitaal uw rekening bij ons indienen. U gebruikt hiervoor de DSW-app of u kunt een scan van de rekening uploaden via MijnDSW.

Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.dsw.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 010 - 2 466 466. Wij staan u graag te woord.

DSW zorgverzekeraar

Postbus 173 - 3100 AD Schiedam

www.dsw.nl

010 - 2 466 466

DSW_Zorg

DSW Zorgverzekeraar