AV BETER VOOR ELKAAR

2023

DSW

INHOUD

Algemene informatie **3**

Vergoedingen **4**
Acnebehandelingen 4
Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen 4
Anticonceptie 5
Borstprothese plakstrips 5
Brillen en contactlenzen 5
Buitenland 6
Camouflagetherapie 6
Fysiotherapie en/of manuele therapie 7
Haarwerken (onder andere pruiken) 7
Haptotherapie 8
Hartpatiënten, begeleid trainen 8
Herstellingsoord 8
Hirsutisme 8
Homeopathie 9
Homeopathische geneesmiddelen 9
Hoortoestellen 9
Hospice 9
Kraamzorg en bevalling 10
Logeerhuis 10
Oefentherapie Cesar en Mensendieck 10
Oncologie 11
Ongevallenuitkering 11
Orthodontie 11
Overgangsconsulente 12
Pedicure voor diabetespatiënten 12
Plaswekker 12
Podotherapie 12
Preventief onderzoek 12
Reanimatiecursus 13
Rechtsbijstand 13
Reiskosten bezoek aan ziek kind 13
Rollator 14
Sport Medisch Adviescentrum 14
Sterilisatie 14
Steunpessaria 14
Steunzolen 14
Stottertherapie 14
Tandheelkunde 15
Tandongevallendekking 22
Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar 23
Vaccinaties buitenland 23
Verblijf bij levertransplantatie 23
Vervangende mantelzorg 23

ALGEMENE INFORMATIE

PREMIE

De AV Beter voor elkaar kost € 64,50 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.

MILITAIRE KINDEREN

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd voor de aanvullende verzekering Beter voor elkaar, mits er wordt voldaan aan één van volgende voorwaarden:

- de ouders zijn beiden militair;
- er is sprake van een éénoudergezin waarvan de ouder militair is.

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

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 is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

maximaal € 40,- 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) 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 rekening 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’.

Anticonceptie

100% GVS

Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit de AV Beter voor elkaar 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 worden vergoed bij plaatsing door een huisarts of verloskundige.

Borstprothese plakstrips

100%

Plakstrips komen volledig voor vergoeding in aanmerking.

Brillen en contactlenzen

maximaal € 319,-
per 2 kalenderjaren

Er is een vergoeding voor maximaal 2 brillenglazen met bijbehorend brilmontuur of 2 contactlenzen. Voor systeemlenzen geldt dezelfde maximumvergoeding.
Voor de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de sterkte van het brillenglas of de contactlens is minimaal +0,25 of -0,25 dioptrieën;
- de sterkte wordt bepaald door optelling van de sferische (+ of - sterkte) en de cilindrische sterkte van het brillenglas of de contactlens;
- de sterkte moet duidelijk op de rekening staan;
- de bril of contactlenzen moeten door een opticien zijn verstrekt;
- de vergoeding wordt eenmaal per 2 kalenderjaren gegeven. Hierbij wordt gekeken naar het kalenderjaar van aflevering en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

Een leesbril wordt niet vergoed.

Buitenland

binnen Europa:
100%

buiten Europa:
100%

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).
  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.

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

Camouflagetherapie

75%,
maximaal € 150,-
per kalenderjaar

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

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

De therapie moet worden verleend door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Fysiotherapie en/of manuele therapie

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 musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige)**

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, worden vanaf de 21e behandeling de kosten uit de basisverzekering vergoed.

Voor de AV Beter voor elkaar geldt een maximum van 36 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 musculoskeletaal arts (orthomanueel geneeskundige).

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

Per zitting gelden de volgende maximumvergoedingen:
- fysiotherapie € 32,75;
- manuele therapie € 44,50;
- Musculoskeletale Geneeskunde (voorheen orthomanuele therapie) € 44,50;
- bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie en kinderfysiotherapie € 48,30.

Per dag komt maximaal 1 behandeling voor vergoeding in aanmerking.

De vergoeding voor overige prestaties fysiotherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Fysiotherapie 2023. Het overzicht is te raadplegen via www.dsw.nl.

Haarwerken (onder andere pruiken)

maximaal € 135,- per 12 maanden

Vanuit de basisverzekering wordt een vergoeding voor haarwerken (o.a. 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). Het haarwerk dient vooraf bij DSW te worden aangevraagd en door DSW te worden gemachtigd.
De vergoeding van haarwerken vanuit de basisverzekering is gebonden aan een maximumbedrag. Van de eigen bijdrage die hierna overblijft, worden de kosten uit de AV Beter voor elkaar vergoed tot een maximumbedrag van € 135,- per 12 maanden.

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

Haptotherapie

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

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. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 35,- per consult met een maximum van 9 consulten.

Hartpatiënten, begeleid trainen

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

Het oefenprogramma van één van de aangesloten organisaties van Harteraad 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.harteraad.nl/locaties om te zien welke organisaties voor vergoeding in aanmerking komen.

Herstellingsoord

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

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 bij DSW 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

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 behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS), onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog/huidtherapeut.
De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

Homeopathie

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

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) 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.

Homeopathische geneesmiddelen

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 Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde (AVIG), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA), de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (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

maximaal € 300,- per 5 kalenderjaren

Voor hoortoestellen geldt vanuit de basisverzekering een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage wordt vergoed tot een maximumbedrag van € 300,- per 5 kalenderjaren.

Hospice

€ 23,- per dag, maximaal 90 dagen

Vergoed worden de kosten 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.

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

100% van de eigen bijdrage	De wettelijke eigen bijdrage van kraamzorg door een erkende instelling voor kraamzorg wordt volledig vergoed.

KRAAMPAKKET

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

LACTATIEKUNDIGE

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 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

100%	Een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt uit de AV Beter voor elkaar, naast de vergoeding uit de basisverzekering, geheel vergoed.

BORSTKOLF

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

Logeerhuis

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

Cesar en Mensendieck samen maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar	De aanvullende verzekering 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 AV Beter voor elkaar geldt een maximum van 36 behandelingen voor Cesar en Mensendieck samen per kalenderjaar. De hulp moet worden verleend door een oefentherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici is geregistreerd. De vergoeding voor oefentherapie bedraagt € 32,75 per zitting. De vergoeding voor de overige prestaties oefentherapie vindt plaats conform het Overzicht Tarieven Oefentherapie 2023. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Oncologie

75%,
maximaal € 250,-

Aanvullende hulp bij de emotionele verwerking van kanker, zoals geboden door erkende psycho-oncologische centra, wordt vergoed (voor zover deze zorg niet al uit de basisverzekering wordt vergoed).
Voor erkende psycho-oncologische centra die voor vergoeding in aanmerking komen, verwijzen wij u naar het vergoedingenoverzicht op www.dsw.nl.

Ongevallenuitkering

bij overlijden:
€ 2.300,-

bij blijvende invaliditeit:
maximaal € 4.600,-

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.

Orthodontie

80%,
maximaal € 2.500,-
voor verzekerden tot 18 jaar en
maximaal € 1.500,-
voor verzekerden vanaf 18 jaar
voor de gehele duur van de verzekering

verzekerden van 18 jaar en ouder moeten minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij DSW voor orthodontie

Vergoed wordt 80% van de kosten van orthodontische behandelingen, onder de volgende voorwaarden:

- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- vergoed wordt 80% van de kosten tot een maximum van € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar en tot een maximum van € 1.500,- voor verzekerden vanaf 18 jaar. 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;
- toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:
  - orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;
  - 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 (F811);
- documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur (F611A, F611B en F611C);
- vacuümgevormde apparatuur die wordt besteld via internet en waarbij geen regelmatige controle hiervan door tandarts of orthodontist plaatsvindt.

Overgangsconsulente

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.

Pedicure voor diabetespatiënten

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

Vanuit de basisverzekering worden de kosten van pedicurebehandelingen bij een diabetespatiënt vergoed voor zorgprofiel 2 en hoger.
Uit de AV Beter voor elkaar wordt 75% van de kosten van een pedicurebehandeling 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 Beter voor elkaar is maximaal € 15,- per behandeling tot een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar.
De hulp dient te worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet.

Plaswekker

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

maximaal € 27,50, maximaal 6 consulten 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 of orthopedisch schoentechnieker.

Preventief onderzoek

100%, maximaal € 250,- per kalenderjaar

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.

Reanimatiecursus

100%, maximaal € 50,- per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten van een reanimatiecursus tot maximaal € 50,- per kalenderjaar.

Rechtsbijstand

maximaal € 7.500,-

Voor AV Beter voor elkaarverzekerden 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.

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

€ 0,18 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.

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

100%, maximaal € 80,- per 5 kalenderjaren	Vergoed worden, eenmaal per 5 kalenderjaren, de aanschafkosten van een rollator tot een maximumbedrag van € 80,-. De rollator dient voor langdurig gebruik te zijn.

Sport Medisch Adviescentrum

60%	Vergoed wordt 60% van de kosten van een sportmedisch onderzoek bij een Sport Medisch Adviescentrum.

Sterilisatie

100%	Vergoed wordt 100% van de kosten van sterilisatie per verzekerde.

Steunpessaria

100%	Steunpessaria worden volledig vergoed wanneer deze zijn geplaatst door een huisarts.

Steunzolen

maximaal € 75,- per kalenderjaar	Vergoed worden de kosten tot een maximum per kalenderjaar.

Stottertherapie

vier- of vijfdaagse cursus € 550,-, tweedaagse verdiepingscursus € 95,- voor de gehele duur van de verzekering	Vergoed worden de kosten van een stottertherapie bij Del Ferro. Voor een vier- of vijfdaagse 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).

Tandheelkunde

zie tabel met behandelcodes en verrichtingen op de volgende pagina's

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 Beter voor elkaar kent voor de vullingen (V-codes) een maximale vergoeding van € 1.000,-. De meestvoorkomende bijkomende kosten worden voor 80% vergoed. In de tabel met vergoedingen hebben we alle V-codes opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden.

Lokale verdoving, consulten, gebitsreiniging en röntgenfoto's worden in de AV Beter voor elkaar voor 100% vergoed.

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

Voor 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 meestvoorkomende 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.

A. ALGEMEEN		VERGOEDING
CONSULTEN		
C001	Consult ten behoeve van een intake	100%
C002	Periodiek onderzoek	100%
C003	Probleemgericht consult	100%
C021	Toeslag avond, nacht en weekend	100%
TANDSTEEN VERWIJDEREN (GEBITSREINIGING)		
Maximaal komt tweemaal per jaar gebitsreiniging voor vergoeding in aanmerking.		
M03	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	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%
Kosten voor het eerste autotransplantaat (code H38) en elk volgend autotransplantaat (code H39) worden niet vergoed. Kosten voor de operatiekamer (code H90) worden niet vergoed.		
Alle overige H-codes		100%
VERDOVING (ANESTHESIE)		
A10	Verdoving	100%
A15	Oppervlakte verdoving	100%

		VERGOEDING
VULLINGEN (RESTAURATIES VAN PLASTISCH MATERIAAL)		
Voor vullingen (V-codes) bedraagt de maximale vergoeding voor de AV Beter voor elkaar € 1.000,-.		
V15	Aanbrengen schildje van tandkleurig plastisch materiaal	80%
V50	Droogleggen elementen (cofferdam)	100%
V70	Parapulpaire stift, inclusief techniekkosten	80%
V71	Eénvlaksvulling amalgaam	100%
V72	Tweevlaksvulling amalgaam	100%
V73	Drievlaksvulling amalgaam	100%
V74	Meervlaksvulling amalgaam	100%
V80, V85	Wortelkanaalstiften inclusief techniekkosten	80%
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V82	Tweevlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V91	Eénvlaksvulling composiet	100%
V92	Tweevlaksvulling composiet	100%
V93	Drievlaksvulling composiet	100%
V94	Meervlaksvulling composiet	100%

SPOEDBEHANDELINGEN		
E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%
E42	Terugzetten verplaatst gebitselement	100%
E43	Vastzetten gebitselement d.m.v. spalk	100%
E44	Verwijderen van spalk	100%
E77, E78	Initiële wortelkanaalbehandeling bij waarneming	100%

WORTELKANAALBEHANDELINGEN (ENDODONTIE)		
De behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed (met uitzondering van E02), zonder beperking in aantal. Voor de bijkomende verrichtingen (de niet vermelde E-codes, met uitzondering van codes E90, E95 en E97 (bleken van tanden)) bedraagt de totale vergoeding maximaal € 100,- per kalenderjaar.		
E02	Uitgebreid wortelkanaal consult	€ 25,27
E13	Element met 1 kanaal	100%
E14	Element met 2 kanalen	100%
E16	Element met 3 kanalen	100%
E17	Element met 4 of meer kanalen	100%

		VERGOEDING
TANDVLEESBEHANDELINGEN (PARODONTOLOGIE)		
Vergoed wordt 100% van de kosten van onderstaande codes.		
T012, T032, T033	Diagnostiek	100%
T021, T022	(Niet-)chirurgische behandelingen	100%
T042, T043, T044	Consult parodontale nazorg	100%
T070, T071, T072	Flapoperaties	100%
T073, T074, T102, T103	Parodontale chirurgie	100%
T076, T101	Tuber- of retromolaarplastiek	100%
T161	Bacteriologisch onderzoek (inclusief laboratoriumkosten)	100%
RÖNTGENFOTO'S		
X10	Kleine röntgenfoto	100%
X21	Kaakoverzichtsfoto	100%
KAAKGEWRICHTSBEHANDELINGEN (GNATHOLOGIE)		
G41	Consult OPD-therapie A (niet-complex)	80%, eenmaal p/kal.jr.
G62	Occlusale spalk (inclusief techniekkosten)	80%, max. € 140,-
G65	Indirect planmatig inslijpen	80%
G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	80%, max. € 100,-

B. PROTHESES		VERGOEDING

KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE)

Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Van de overige 25% wordt een deel vergoed uit de aanvullende verzekering. 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.

P020, P021	Volledig kunstgebit boven- of onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	100%, max. € 135,-
P022	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	100%, max. € 250,-
P045	Immediaattoeslag	100%
P023	Noodprothese	100%
P072	Uitbreiding tot volledige prothese	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. € 180,-
J081	Volledige onderprothese op implantaten	max. € 90,-
J082	Volledige bovenprothese op implantaten	max. € 90,-

		VERGOEDING
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	€ 130,-
P002	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 230,-
P003	Frame 1 - 4 elementen	80%, max. € 370,-
P004	Frame 5 - 13 elementen	80%, max. € 455,-
P064, P065	Opvullen gedeeltelijk kunstgebit	€ 80,- p/kal.jr.
P070	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit, zonder afdruk per kaak	€ 80,- p/kal.jr.
P071	Reparatie of uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit, met afdruk per kaak	€ 80,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.		€ 700,- p/2 kal.jr.

C. UITGEBREIDE TANDHEELKUNDIGE HULP		VERGOEDING
KRONEN EN BRUGGEN; OVERIGE TANDHEELKUNDIGE HULP		
Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten.		
R91	Gegoten wortelkappen met stift	€ 95,-
P048	Extra per precisieverankering	€ 65,-
R12	Tweevlaksinlay	€ 140,-
R13	Drievlaksinlay	€ 250,-
R24	Kroon op natuurlijk element	€ 250,-
R31	Opbouw plastisch materiaal	80%
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 95,-
R34	Kroon op implantaat (nieuw)	€ 655,-
R34	Kroon op implantaat (vervanging kroon op bestaand implantaat)	€ 250,-
R40	Eerste brugtussendeel	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	€ 105,-
R46	Brugverankering per anker	80%
R60	Plakbrug zonder preparatie	€ 195,-
R61	Plakbrug met preparatie	€ 225,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	€ 115,-
R66	Toeslag boven aantal 2 bevestigingen	€ 25,-
R74	Opnieuw vastzetten gegoten restauratie	80%
R75	Opnieuw vastzetten plakbrug	80%
R76	Extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	80%
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	€ 140,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	€ 165,-
In totaal wordt er per 3 kalenderjaren maximaal € 1.500,- vergoed voor kronen, brugdelen en/of inlays. Bepalend voor vergoeding is het vergoede bedrag in de afgelopen jaren. Er wordt dus steeds teruggekeken wat er in de laatste 3 kalenderjaren is vergoed.		

Tandongevallendekking

maximaal € 5.000,- 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 € 5.000,- per ongeval.

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.

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 eten van etenswaren zoals kersenpitten, steentjes, botjes en andere harde voorwerpen;
- 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;
- als gevolg van een ongeval en/of bij behandeling in het buitenland.

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

€ 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.

Vaccinaties buitenland

100%, maximaal € 80,- per kalenderjaar

Van de kosten van alle tabletten of injecties die noodzakelijk zijn voor een verblijf in het buitenland wordt 100% vergoed, tot ten hoogste € 80,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

Verblijf bij levertransplantatie

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

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.

Vervangende mantelzorg

maximaal € 17,50 per uur, maximaal 80 uur per kalenderjaar

Ten behoeve van de verzorging thuis van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte patiënt, kan professionele ‘vervangende mantelzorg’ ingezet worden als de mantelzorger gedurende een korte periode geen mantelzorg kan verlenen. Hieronder verstaan wij vakantie of opname voor een (planbare) operatie. Als de ontvanger van mantelzorg een AV Beter voor elkaar heeft dan bedraagt de vergoeding voor deze zorg maximaal € 17,50 per uur voor maximaal 80 uur per kalenderjaar.
De vervangende mantelzorg dient afgenomen te worden bij een van de volgende organisaties: Saar aan Huis, UWassistent en Senior Service.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnDSW-app of scan van de rekening en dien deze in 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, stel uw vraag via WhatsApp 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
06 22 38 39 06

DSW_Zorg
@DSW_Zorg
DSW Zorgverzekeraar