DSW
zorgverzekeraar

AV - STANDAARD

VERGOEDINGENOVERZICHT 2026

INHOUD

ALGEMENE INFORMATIE **3**

VERGOEDINGEN **4**

Acnebehandelingen 4

Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen 4

Anticonceptie 5

Brillenglazen en contactlenzen voor volwassenen 5

Brillen en contactlenzen voor kinderen 6

Buitenland 6

Camouflageproducten en instructie 6

Fysiotherapie en/of manuele therapie 6

Hartpatiënten, begeleid trainen 7

Herstellingsoord 7

Hirsutisme 7

Homeopathische geneesmiddelen 8

Kraamzorg en bevalling 8

Logeerhuis 9

Oefentherapie Cesar en Mensendieck 9

Orthodontie 9

Overgangsconsulente 10

Plaswekker 10

Preventief onderzoek 10

Reiskosten bezoek aan ziek kind 10

Rollator 11

Steunpessaria 11

Steunzolen en podotherapie 11

Tandheelkunde 11

Tandongevallendekking 16

Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 21 jaar 17

ALGEMENE INFORMATIE

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

PREMIE

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

KINDEREN

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

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

DUUR VAN DE VERZEKERING

U sluit de aanvullende verzekering af voor een periode van één kalenderjaar.
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 is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

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 voor Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ);

- 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 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.

- 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% GVS

Voor verzekerden tot 21 jaar worden farmaceutische anticonceptiemiddelen vanuit de basisverzekering vergoed. Vanuit deze aanvullende verzekering 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.

Brillenglazen en contactlenzen voor volwassenen

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

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder is er een vergoeding voor maximaal 2 brillenglazen 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 +6 of -6 dioptrieën;
- de sterkte wordt bepaald door optelling van de sferische (+ of - sterkte) en de cilindrische sterkte van het brillenglas of de contactlens. Een leesgedeelte (additie) telt niet mee voor de bepaling van de sterkte;
- bij multifocale glazen moet voor de bepaling van de sterkte het leesgedeelte als een positieve additie worden weergegeven;
- 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.

Brillen en contactlenzen voor kinderen

VERGOEDING maximaal € 70,- per kalenderjaar

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

Buitenland

VERGOEDING binnen Europa (EU-, EER- en verdragslanden): 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 is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Camouflagetherapie met behulp van laser wordt niet vergoed.

Fysiotherapie en/of manuele therapie

VERGOEDING fysiotherapie en manuele therapie samen maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar waarvan manuele therapie:

- maximaal 9 behandelingen 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.

Er geldt een maximum van 12 behandelingen per kalenderjaar voor fysiotherapie en manuele therapie samen.
Voor manuele therapie geldt een maximum van 9 behandelingen per kalenderjaar, geleverd door een manueel therapeut.

Fysiotherapie en/of manuele therapie - vervolg

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 2026. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl

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 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

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 (lid van NVH) 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 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.

Kraamzorg en bevalling

EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

VERGOEDING 50% van de eigen bijdrage

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

KRAAMPAKKET

VERGOEDING kraampakket & cadeautje

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

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 vergoed

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

Kraamzorg en bevalling - vervolg

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 geven aanspraak op behandelingen Cesar en Mensendieck, mits deze zorg medisch noodzakelijk is en voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding uit de basisverzekering. Maximaal 1 behandeling per dag komt voor vergoeding in aanmerking.
Er 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 2026. Het overzicht is te raadplegen op www.dsw.nl.

Orthodontie

VERGOEDING 75%, maximaal € 685,- voor de gehele duur van de verzekering
verzekerden, ongeacht hun leeftijd, moeten minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij DSW voor orthodontie

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

- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- vergoed wordt 75% van de kosten tot een maximum van € 685,-;
- de totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3);
- 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.

Orthodontie - vervolg

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.

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,-.

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.

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, 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 geplaatst door een huisarts.

Steunzolen en podotherapie

VERGOEDING steunzolen en podotherapie consulten samen maximaal € 125,- per kalenderjaar

Vergoed worden de kosten van steunzolen geleverd door een podotherapeut, podoloog of podokinesioloog, tot een maximum per kalenderjaar.

STEUNZOLEN
Vergoed worden de kosten tot een gezamenlijk maximum van € 125,- per kalenderjaar.

CONSULTEN
Vergoed worden de consulten - maximaal € 27,50 per behandeldatum tot een gezamenlijk maximum van € 125,- 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.

Tandheelkunde

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

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor Tandheelkunde.

In de tabel op de volgende pagina's 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 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 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

C001	Consult ten behoeve van een intake	100%
C002	Periodiek onderzoek	100%
C021	Toeslag avond, nacht en weekend	100%

Jaarlijks komen de codes C001 en C002 tezamen maximaal tweemaal voor vergoeding in aanmerking. C021 komt maximaal tweemaal per jaar voor vergoeding in aanmerking.

TANDSTEEN VERWIJDEREN (GEBITSREINIGING)

Preventieve voorlichting en/of instructie (M01) en gebitsreiniging (M03) worden per eenheid van 5 minuten gedeclareerd. Jaarlijks komt een maximumaantal van het 5-minuten-tarief voor preventieve voorlichting en/of instructie (M01) en gebitsreiniging (M03) gezamenlijk voor vergoeding in aanmerking.

M01	Preventieve voorlichting en/of instructie	Gezamenlijk max. 6 p/kal.jr.= max. 30 min. p/kal.jr.= max. € 100,92 p/kal.jr
M03	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	

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.

A10	Verdoving	100%

VULLINGEN (RESTAURATIES VAN PLASTISCH MATERIAAL)

Voor vullingen (V-codes) bedraagt de maximale vergoeding voor de AV-Standaaard € 250,- per kalenderjaar.

V71	Eénvlaksvulling amalgaam	100%
V72	Tweevlaksvulling amalgaam	100%
V73	Drievlaksvulling amalgaam	100%
V74	Meervlaksvulling amalgaam	100%
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%
V95	Volledig vormherstel tand of kies met composiet (herstel anatomische kroon)	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, 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 € 70,- per kalenderjaar.

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

RÖNTGENFOTO'S

Jaarlijks worden maximaal twee kleine röntgenfoto's vergoed.
De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt € 42,- per kalenderjaar.

X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 2
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 42,-

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	50%, max. € 61,25
P022	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 115,-
P045	Immediaattoeslag	50%
P023	Noodprothese	50%
P072	Uitbreiding tot volledige prothese	50%

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.

		VERGOEDING
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	€ 85,-
P002	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 150,-
P003	Frame 1 - 4 elementen	€ 190,-
P004	Frame 5 - 13 elementen	€ 240,-
P070	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit, zonder afdruk per kaak	€ 60,- p/kal.jr.
P071	Reparatie of uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit, met afdruk per kaak	€ 60,- p/kal.jr.
	De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.	€ 500,- p/2 kal.jr.

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, 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:
- een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling
- verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij DSW met een AV waarin tandongevallendekking is opgenomen;
- 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 aanvraag dient vergezeld te gaan van documentatie waaruit de staat van de betrokken elementen blijkt zoals die was voor het ongeval en medische onderbouwing waaruit blijkt dat deze behandelingen noodzakelijk zijn als gevolg van het ongeval;
- 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.

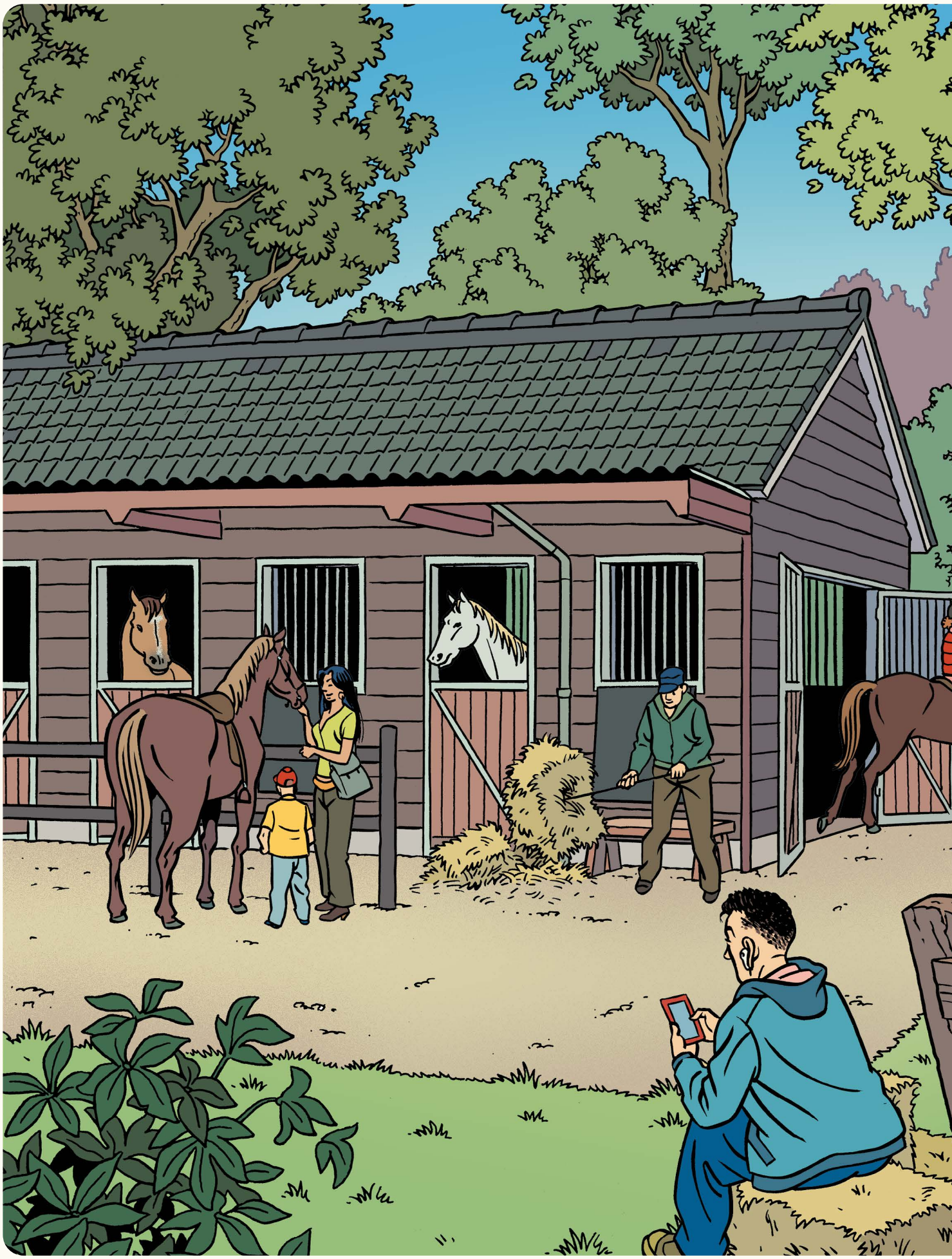
Er is geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten:
- als gevolg van flauwvallen of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit 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, 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.



MANEGE

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 Zorgverzekeraar