

Dekking collectieve aanvullende verzekering 2018 voor minima Stroomopwaarts MVS

Overzicht uitbreiding van de dekking op grond van de AV-Standaard en AV-Top

1. Tandheelkunde

- a. **A - verdoving (anesthesie)**
100% vergoeding alle A-codes behalve A20
100% vergoeding alle B-codes op aanvraag
- b. **C - consultatie en diagnostiek**
100% vergoeding alle C-codes behalve C28, C29, C90 en C84
- c. **E - wortelkanaalbehandelingen (endodontologie)**
100% vergoeding alle E-codes behalve E87, E90, E95, E97 en E98
- d. **F - orthodontie**
100% vergoeding van orthodontische behandelingen tot een maximum van € 2.050,-.
Na het bereiken van dit maximum heeft de AV-Standaard verzekerde geen recht meer op vergoeding en de AV-Topverzekerden nog recht op 75% vergoeding en 25% eigen bijdrage.
- e. **G - kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)**
100% vergoeding van: G69 inclusief techniekkosten, max. € 210,-: 1 x per kalenderjaar.
- f. **H - chirurgische ingrepen**
Standaard
100% vergoeding van: H11, H16, H21, H26, H50, H55 en H35

Top
100% vergoeding alle H-codes behalve H90
- g. **M - preventieve mondzorg**
100% vergoeding alle M-codes behalve M10 en M20.
Meerdere gebitsreinigingen per kalenderjaar mogelijk.
- h. **P - kunstgebitten (prothetische hulp)**
100% vergoeding van alle P-codes behalve P31, P32, P34 en P35 (vergoeding volgens polisvoorwaarden)
Geen vergoeding: P29, P33
- i. **V - vullingen**
100% vergoeding van alle V-codes behalve V30 en V35
- j. **X - maken en beoordelen foto's (röntgendiagnostiek)**
100% vergoeding: X10, X21 met een maximum van 3 stuks per kalenderjaar (ongeacht welke foto)

2. Overige vergoedingen

- a. **Gezichtshulpmiddelen**
Brilmontuur: 100%; max. € 46,- (1 x per 3 jaar)
Brillenglazen: 100%; max. € 114,- per stuk (1 x per 3 jaar)
Contactlenzen: 100%; max. € 114,- per stuk (1 x per 3 jaar)
- b. **Kraamzorg**
100% van de eigen bijdrage thuis
- c. **Ziekenvervoer**
100% vergoeding van de eigen bijdrage (zittend ziekenvervoer)
- d. **Pedicure**
 - Vergoeding 100% tot € 120,- per jaar
 - Verwijzing door huisarts of specialist
 - Uitsluitend voor deelnemers met diabetes of een vergelijkbare (neurologische) aandoening
 - Verricht door een podotherapeut of een lid van de Landelijke Organisatie voor de Voetverzorger/ Pedicure (ProVoet)
- e. **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 DSW.
- f. **De kosten van batterijen voor hoorapparaten**
Max. € 50,- per jaar
- g. **Hoortoestellen**
100% eigen bijdrage tot € 360,- per hoortoestel (één keer per 5 kalenderjaren).
- h. **Steunzolen**
100% vergoeding
- i. **Kledingslijtage**
100% max. € 152,- per kalenderjaar.
- j. **WMO**
100% vergoeding eigen bijdrage WMO tot max. € 375,- per jaar