

# Dekking collectieve aanvullende verzekering 2021 voor minima gemeente Amersfoort

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

## 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, C80, C84, C90, C91 en C92.
- 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,-.
- e. **G - kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie)**  
100% vergoeding van: G69 inclusief techniekkosten, maximaal € 210,-: 1 x per kalenderjaar.
- f. **H - chirurgische ingrepen**  
100% vergoeding van: H11, H16, H21, H26, H50, H55 en H35.
- g. **M - preventieve mondzorg**  
100% vergoeding alle M-codes behalve M40, M80 en M81. Meerdere gebitsreinigingen per kalenderjaar mogelijk. De vergoeding beperkt zich tot maximaal 12 x M03 (= max. 1 uur tandsteen verwijderen) per kalenderjaar. Ook voor M01 en M02 (poetsinstructie en evaluatie) geldt een maximale vergoeding van 12 x 5 minuten (= max. 1 uur per kalenderjaar).
- h. **P - kunstgebitten (prothetische hulp)**  
100% vergoeding van alle P-codes behalve P34 en P35 (vergoeding volgens polisvoorwaarden AV-Top).  
Geen vergoeding: P29, P31, P32, P33.
- i. **V - vullingen**  
100% vergoeding van alle V-codes behalve V30 en V35. Let op: Bij meer dan € 500,- aan V-codes kan bij cariësgerelateerde afwijkingen door de behandelaar een gemotiveerde aanvraag worden ingediend. Op basis van deze aanvraag informeren wij u wat wij zullen vergoeden.

- 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/contactlenzen: 100% maximaal € 114,00 per glas/lens per 3 kalenderjaren (totaal maximaal € 228,00).
- 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% tot € 360,- per 5 kalenderjaren.

## 2. Overige vergoedingen (vervolg)

### h. Steunzolen

100%, maximaal 2 paar steunzolen per kalenderjaar.

### j. Fysiotherapie

maximaal 8 behandelingen per kalenderjaar naast de 12 behandelingen uit de AV-Standaard.

### i. Anticonceptie

100% vergoeding (inclusief eigen bijdrage) voor anticonceptiemiddelen die u bij de apotheek haalt. Het betreft hier: anticonceptiepil, anticonceptie-implantaat, Evra pleister, morning-afterpil, nuvaring, prikpil en spiraaltje.

### j. Lactatiekundige

100% vergoeding van de kosten van advies en voorlichting van een lactatiekundige in de periode dat borstvoeding wordt gegeven. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.

### k. Poliklinische bevalling

Voor een poliklinische bevalling die niet op medische indicatie plaatsvindt, wordt naast de vergoeding uit de basisverzekering, een bedrag van € 115,- vergoed.

### l. Persoonlijke Gezondheidscheck

100% vergoeding van de kosten voor het deelnemen aan een persoonlijke gezondheidscheck. 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.