



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Raiffeisen Gesundheitsfonds Comfort

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge
Jährlicher Mitgliedsbeitrag 240,00 Euro

Mitarbeiter von Unternehmen, die das gegenseitige Übereinkommen unterzeichnet haben;
in Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband Südtirol
(Art. 51 Absatz 2 Buchstabe a des D.P.R. 917/86)

Öffentliche fachärztliche Leistungen

1. Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)

Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben, werden zu **100 %** rückvergütet. In jeden Fall muss der Steuerbeleg obligatorisch die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und den Hinweis auf die Art der durchgeführten Leistung enthalten. Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Private fachärztliche Leistungen

2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden **50 %** des Steuerbeleges bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** rückvergütet. Es werden maximal **vier Untersuchungen pro Kalenderjahr** anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

3. Instrumentelle Diagnostik

Im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern werden **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** rückerstattet. Es werden maximal **vier Untersuchungen pro Kalenderjahr** anerkannt. Die Rechnung muss die Art der Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentaldiagnostischen Untersuchung getrennt werden.

4. Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, werden mit **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** bezahlt. Es werden maximal **vier Untersuchungen pro Kalenderjahr** anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

Vertragsgebundene Zahnheilkunde

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Für Leistungen der Zahnheilkunde, die in vertragsgebundenen Zahnarztpraxen durchgeführt werden, werden folgende Unterstützungen anerkannt:

- a) **50 %** der Röntgenuntersuchungen des vorangegangenen radiologischen Gutachtens und jenes nach der Installierung des Knochenimplantates;
- b) **50,00 Euro** für die **Zahnsteinentfernung** einmal pro Kalenderjahr;
- c) **60,00 Euro** für die **Endodontische Behandlung** mit einem Kanal oder mehr Kanäle pro Zahn für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- d) **60,00 Euro** für die einflächige oder mehrflächige **Füllung** pro Zahn für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- e) **60,00** für **Chirurgische Extraktion** eines Zahnes oder einer Wurzel bis zu maximal vier Extraktionen pro Kalenderjahr.
- f) **60,00 Euro** Einschnitt aufgrund von **Abszess** und nachfolgende Behandlung;
- g) **500,00 Euro** für **Knochenimplantat** bis maximal drei Implantate pro Kalenderjahr; die zur Verfügung stehende Summe beinhaltet auch die Positionierung der Stützzähne (Abutment) jeglicher Art, des Stifts, das provisorische Element, und jegliche Krone;

Für die Anfrage um Unterstützung muss dem Steuerbeleg, die zahnärztliche Kartei, auf der der Kodex und die Art der durchgeführten Leistung vermerkt sind, beigelegt werden.

	Für Leistungen, die Implantologie, Fixe Prothesen oder Orthodontie betreffen muss die digitale Panoramaaufnahme von Anfang und Ende der Kur angefügt werden. Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt.
5.2 Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst	Sofern sich das Mitglied an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet, werden folgende Leistungen anerkannt: a) 100 % des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 60 % des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen. Die Rückvergütung für die Punkte 6.1 und 6.2 beträgt maximal 3.000,00 Euro pro Kalenderjahr.
5.3 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall	Dem Mitglied wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall, folgende Unterstützung anerkannt: a) 100 % des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 60 % des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen. Es muss die medizinische Dokumentation, ausgestellt seitens einer kieferorthopädischen Abteilung der Ersten Hilfe einer öffentlichen Struktur, vorgelegt werden, aus der hervorgeht, dass der Verlust oder die Verletzung Folge des Unfalles war. Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von 1.500,00 Euro pro Unfall gewährt. Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

Krankenhauseinlieferung

6.1 Spezifische chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten (siehe Anlage „A“, Tarifverzeichnis Bereich „A“)	Bei chirurgischen Eingriffen gemäß Anlage „A“ hat das Mitglied Anspruch auf eine Rückvergütung der Kosten bis zur Erreichung der Höchstentschädigungsgrenze laut Anlage „A“, Tarifverzeichnis Bereich „A“ . Folgende dokumentierte Leistungen, die in privaten Strukturen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden, werden berücksichtigt: a) Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den 120 Tagen vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst notwendig sind. b) Honorare des Chirurgen, Anästhesisten und der sonstigen am Eingriff mitwirkenden Personen c) Operationssaal-Gebühren d) Im Zuge des Eingriffes eingebrachte therapeutische Hilfsmittel, einschließlich der therapeutischen Behandlungen und Prothesen e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt; f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der stationären Behandlung durchgeführt werden g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Organspenders, diagnostische Untersuchungen, ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgischer Eingriff, Pflegebehandlungen, verschriebene Medikamente und Aufenthaltsgebühren h) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten in den 120 Tagen nach dem Eingriff ;
6.2 Krankentransport	Für die Beförderung des Versicherten mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Verkehrsmittel wird eine Rückvergütung von 80% der Kosten bis zum maximalen Betrag von 1.500,00 Euro gewährt.
7.1 Spezifische chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten (siehe Anlage „A“)	Im Falle, dass das Mitglied einem großen chirurgischen Eingriff gemäß Anlage „A“ unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen: a) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den 120 Tagen vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für ein Höchstbetrag von 1.000,00 Euro pro Eingriff; b) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferung, diagnostische Untersuchungen ärztliche und krankenpflegerische Betreuung, chirurgischer Eingriff, Behandlungen, Medikamente und Aufenthaltsgebühren des Organspenders; c) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem 120 Tagen nach dem Eingriff , für einen Höchstbetrag von 1.000,00 Euro pro Eingriff; d) 80 % der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von 1.500,00 Euro .
7.2 Betreuung bei Krankenhauseinlieferung (Begleiter)	Dem Mitglied, falls es selbst einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von 20 Tagen in folgender Höhe zu: a) 40,00 Euro pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien b) 60,00 Euro pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland

Hauskrankenpflege bei Invalidität durch Krankheit

8.1 Hauskrankenpflege	Das Mitglied hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von 15,00 Euro pro Stunde und für eine Höchstzeit von 104 Stunden pro Kalenderjahr, für den Fall, in dem es selbst oder einer seiner Anspruchsberechtigten von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit betroffen ist. Der Versicherte benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um ärztliche und/oder fachärztliche Therapien, Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analysen und Überwachungen, Physiotherapien oder Rehabilitierungen durchzuführen.
8.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium	2.000,00 Euro als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Für eine korrekte Interpretation der oben angeführten Leistungen, verweisen wir auf die Durchführungsbestimmung des entsprechenden Fonds für ergänzende Gesundheitsvorsorge (www.raiffeisengesundheitsfonds.it).