



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Raiffeisen Gesundheitsfonds Premium

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge
Jährlicher Mitgliedsbeitrag 480,00 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 **60 %** des Steuerbeleges bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 Euro** rückvergütet. Es werden maximal **zwei Untersuchungen pro Fachrichtung** und Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

3.1 Instrumentelle Diagnostik

Im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern werden **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 Euro** rückerstattet. Die Rechnung muss die Art der Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentaldiagnostischen Untersuchung getrennt werden.

3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik & Hochspezialisierung

Dem Mitglied werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche im **Tarifverzeichnis „C“** aufgelistet sind, **60 %** bis zu einem Höchstbetrag von **120,00 Euro** rückvergütet.

4. Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, werden mit **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 Euro** bezahlt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

5. Ambulante Chirurgie

Dem Mitglied werden im Falle von ambulanter Chirurgie, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder als freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wird, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 Euro** bezahlt. Es sind **maximal zwei Eingriffe** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art des Eingriffs enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der ambulanten Chirurgie getrennt werden.

Die maximale Rückvergütung der obengenannten aufgeführten Punkte 2, 3, 4, und 5 beträgt maximal **2.000,00 Euro** pro Kalenderjahr.

Vertragsgebundene Zahnheilkunde

6.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der Wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, werden mit **100 % der in der Anlage B im Tarifverzeichnis „B“ angeführten Beträge anerkannt**. Für die Anfrage um Rückvergütung müssen die Rechnungen und das zahnärztliche Datenblatt, auf dem der Kodex und die Art der durchgeführten Leistung vermerkt sind, beigelegt werden. Für Leistungen, welche Implantologie, fixe Prothesen oder Kieferorthopädie betreffen, muss die digitale Panoramaaufnahme von Anfang und Ende der Behandlung angefügt werden. Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung und innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden

6.2 Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst Die Rückvergütung für die Punkte 6.1 und 6.2 beträgt maximal 5.000,00 Euro pro Kalenderjahr.	Sofern sich das Mitglied an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet, werden folgende Leistungen anerkannt: a) 100 % des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket); b) 100 % des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.
6.3 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) 100 % 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 2.000,00 Euro pro Unfall gewährt. Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.
Krankenhauseinlieferung	
7.1 Krankenhausaufenthalt (nach zwei darauffolgenden Nächten)	a) 40,00 Euro für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes; b) 60,00 Euro für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im Ausland
7.2 Day Hospital - Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff	150,00 Euro für jeden einzelnen Eingriff
7.3 Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen	30,00 Euro für jeden Aufenthaltstag, maximal 15 Tage pro Aufenthalt
8.1 Spezifische chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten (siehe Anlage „A“, Tarifverzeichnis Bereich „B“)	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 „B“ . 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) Operationsaal-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;
8.2 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 2.000,00 Euro gewährt.
9.1 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 krankenschwägerische 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) einen nachstehend angeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts: a) 40,00 Euro für jeden Tag der Krankenhauseinlieferung; b) 60,00 Euro für jeden Tag der Krankenhauseinlieferung, wenn die Einlieferung in eine Krankenanstalt erfolgt, die im Ausland liegt. e) 80 % der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis max. 2.000,00 Euro .
9.2 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) 60,00 Euro pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien b) 80,00 Euro pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland

Hauskrankenpflege bei Invaliderkrankung durch Krankheit

10.1 Hauskrankenpflege

Das Mitglied hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **20,00 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 Invaliderkrankung 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.

10.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

3.000,00 Euro als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Chirurgische Eingriffe

11. Korrektoreingriff mittels Ecimer-Laser

Korrektoreingriff mittels Ecimer-Laser

Wenn sich das Mitglied den nachstehend angeführten Laserbehandlungen oder Therapien unterzieht, so hat es Anspruch auf:

- 100 %** des entrichteten Beitrags des nationalen Gesundheitsdienstes (Ticket).
- 60 %** des Rechnungsbetrages, wobei der **Höchstbetrag 1.200,00 Euro** beträgt, wenn der Eingriff privatmedizinisch bzw. privat in öffentlichen Krankenhauseinrichtungen durchgeführt wird.

Der angeführte Höchstbetrag wird nur einmal pro Person ausgezahlt, sowohl bei einem Eingriff auf einem als auch bei einem Eingriff auf beiden Augen, auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

Zum Zwecke der Unterstützung werden folgende Eingriffe als Ecimer-Laser-Eingriffe betrachtet:

- ♦ Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung oder Korrektur mittels Ecimer-Laser von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit.
- ♦ laserunterstützte intrastomale Keratomileusis
- ♦ photodynamische Therapie mit Verteporfin.

Therapiezyklen

12.1 Therapiezyklen

Dem Mitglied wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- 100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- 50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 60,00 Euro pro Therapiezyklus, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Unterstützung wird bis zu maximal zwei Zyklen pro Kalenderjahr anerkannt.

Dem Steuerbeleg muss die Kopie der Verschreibung des Arztes mit Angabe der Diagnose beigelegt werden.

12.2 Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das Mitglied ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf **40,00 Euro** für jeden Behandlungstag.

Prothesen

13. Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das Mitglied Anspruch auf **60 %** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **150,00 Euro** für jedes Paar Brillengläser oder Kontaktlinsen. Sehhilfen werden in einem Zeitraum **von vier Jahren nur einmal** rückerstattet. Nach der ersten Zahlung besteht der Anspruch auf eine weitere Unterstützung alle zwei Jahre, sofern der Facharzt feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat. Die Unterstützung wird für Einwegkontaktlinsen nicht gewährt.

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