

Entwickelt und verwaltet von



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Ergänzende Zusatzgesundheitsleistung  
des gesamtstaatlichen Gesundheitsdiensts**

**“Familienschutz”**

Ergänzende Zusatzgesundheitsleistung  
zu Gunsten der Mitglieder, die in einem Basisgesundheitsfonds oder Leistung der wechselseitigen  
Hilfsgesellschaft Mutual Help eingeschrieben sind,  
in Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband  
**gemäß Art. 1, Gesetz 3818/1886 und nachfolgende Änderungen**

Vertrieben von



## **Kontakt**

Mutual Help Wechselseitige Hilfsgesellschaft  
Steuernummer 94107200217

Crispistraße Nr. 9 – 39100 Bozen  
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613

E-mail [info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu) | [mutualhelp.eu](http://mutualhelp.eu)

Anlage zur  
Geschäftsordnung  
eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help

## Ergänzende Zusatzgesundheitsleistung “Familienschutz”

Gültig ab 01. Juli 2016

*Jährlicher Mitgliedsbeitrag für das Mitglied,  
den Ehepartner oder Lebensgefährten (More Uxorio) und das älteste Kind*  
**360,00 Euro**

*Zusätzlich für jedes nächstgeborene Kind jährlicher Mitgliedsbeitrag*  
**+ 84,00 Euro**

Die Aufnahme zur Zusatzleistung “Familienschutz” kann von allen Mitgliedern angefragt werden, die in einem Basisgesundheitsfonds oder Leistung eingeschrieben sind. Die Mitgliedschaft der Zusatzleistung “Familienschutz” endet mit dem Austritt als Mitglied bei Mutual Help.

Mutualità mediata mit der



Gesetz 3818 Mai 1886 und nachfolgende  
Änderungen

Vertrieben von



## Unterstützungsarten

### Bereich – Fachärztliche öffentliche Leistungen

#### Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

##### 1. Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)

Das **Mitglied**, oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, hat Anrecht auf eine Unterstützung in Höhe von **100 %** für Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben. 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.

Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Diagnosesicherungen anerkannt.

#### Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **400,00 (vierhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern, so wird der Maximalbetrag auf **500,00 (fünfhundert/00) Euro** erhöht.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1 aufgeführten Unterstützungen

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1) Ausgabenbelege (Ticket)

### Bereich – Fachärztliche private Leistungen

#### Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen

##### 2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, Gebrauch macht so werden dem Mitglied **50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal fünf Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird die maximale Anzahl der Untersuchungen auf **sieben** erhöht.

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

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal fünf Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird die maximale Anzahl der Untersuchungen auf **sieben** erhöht.

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** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen

Krankenhäusern, welche im **Anlage „C“** aufgelistet sind, **50 %** bis zu einem Höchstbetrag von **100,00 (hundert/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal drei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird die maximale Anzahl der Untersuchungen auf **fünf** erhöht.

#### 4. Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal fünf Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird die maximale Anzahl der Untersuchungen auf **sieben** erhöht.

Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

#### Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3.1, 3.2, und 4 werden bis zu einem Maximalbetrag von **600,00 (sechshundert/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird der Maximalbetrag auf **800,00 (achthundert/00)** erhöht.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 2, 3 und 4 aufgeführten Unterstützungen

Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).*

## Bereich – Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten - Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

#### 5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** erhält für Leistungen der Zahnheilkunde, die in einer vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden, folgende Unterstützungen anerkannt:

- 50 %** der Kosten für Röntgenaufnahmen, OPT, Fernröntgen, Dentalscan, intraorale Fotos oder anderer digitaler Aufnahme der Mundhöhle mit maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Kalenderjahr;
- 50 %** der Kosten für die ein- oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr;
- 50 %** der Kosten für die ein oder mehrkanälige Wurzelbehandlung der Zähne bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- 50%** der Kosten für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Zahn; maximal **drei Eingriffe**;
- 50 %** der Kosten für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro**; maximal **zwei** Eingriffe pro Kalenderjahr;

Für die Anfrage um Unterstützung muss dem Steuerbeleg, das technische Datenblatt, auf welchem der Kodex und die Art der durchgeführten Leistung vermerkt sind, beigelegt werden. Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis zusammen mit dem Personalausweis vorweisen.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.1 aufgeführten Unterstützungen**

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

- 1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Zahnärztliches Datenblatt, auf welchem der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten oben aufgelisteten Leistungen a), b), c), d) und e) vermerkt sind, sofern der Kodex nicht auf der Rechnung angeführt wurde.*

### **5.2 Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst**

Sofern sich das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet werden folgende Leistungen anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

### **Höchstentschädigungsgrenzen**

Die Rückvergütung für die Punkte 5.1, 5.2 und 5.3 beträgt maximal **600,00 (sechshundert/00)** Euro pro Kalenderjahr. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird der Maximalbetrag auf **800,00 (achthundert/00)** erhöht.

### **Documentazione da allegare per il diritto ai sussidi punto 5.2**

Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*

### **5.3 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall**

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall, folgende Unterstützung anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Es muss die medizinische Dokumentation, ausgestellt seitens der kieferchirurgischen 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 auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

### **Höchstentschädigungsgrenze**

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **600,00 (sechshundert/00)** Euro pro Unfall gewährt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird der Maximalbetrag auf **800,00 (achthundert/00)** erhöht.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.3 angeführten Unterstützungen**

Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Für die Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall muss das Ticket der kieferchirurgischen Abteilung des Erste Hilfe Dienstes beigelegt werden;*
- 3) *Für Zahnbehandlungen bei der nächstgelegenen Zahnarztpraxis oder Gesundheitseinrichtung muss die Erklärung des behandelnden Arztes beigelegt werden, aus der hervorgeht, dass die Verletzung auf einen Unfall zurückzuführen ist*

## Bereich – Krankenhausaufenthalt

### Spezifische chirurgische Eingriffe in öffentlichen Einrichtungen - Betreuung bei Krankeneinlieferung

#### 6.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, einem großen chirurgischen Eingriff gemäß **Anlage „A“** unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen:

- a) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- b) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem **120 Tagen nach** dem Eingriff, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro**.

#### 6.2 Betreuung bei Krankeneinlieferung (Begleiter)

Dem **Mitglied**, falls es oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien;
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland;

#### Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Allgemeine Chirurgie (88 Positionen: Hals 10, Brust 6 Ösophagus 11, Magen-Zwölffingerdarm 7, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus 22, Peritoneum 2, Leber und Gallenwege 9, Bauchspeicheldrüse - Milz 9, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie 12);</li><li>2. Thorax-Lungenchirurgie (23 Positionen);</li><li>3. Herz-Kreislauf-Chirurgie (21 Positionen);</li><li>4. Gynäkologie (9 Positionen);</li><li>5. Neurochirurgie (28 Positionen);</li><li>6. Orthopädie (26 Positionen);</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>7. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2);</li><li>8. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3);</li><li>9. Augenheilkunde (3 Positionen);</li><li>10. Große Verbrennungen (1 Positionen)</li><li>11. Organtransplantation (6 Positionen),</li></ol> |
|---|--|
- Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6 aufgeführten Unterstützungen

Beistand bei Krankeneinlieferung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs. (\*\*)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland. (\*)

## Bereich – Kuren

### Physiotherapeutische Behandlung - Thermalkuren - Onkologische Behandlung

#### 7.1 Physiotherapeutische Behandlung

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);

- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **50,00 (fünfzig/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 für jedes eingeschriebene Familienmitglied anerkannt.

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

### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **400,00 (vierhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird der Maximalbetrag auf **500,00 (fünfhundert/00)** erhöht.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.1 angeführten Unterstützungen

Physiotherapeutische Behandlungen

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

## 7.2 Thermalkuren

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird im Falle von Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien folgende Unterstützung gewährleistet:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Therapiezyklus. Die Unterstützung wird bis maximal **einem Zyklus** pro Kalenderjahr anerkannt.
- c) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** für die fachärztliche Visite in der Thermalstruktur; jede andere Leistung muss separat von der Visite angegeben sein.

### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **400,00 (vierhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt. Besteht die eingeschriebene Familie aus mehr als drei Familienmitgliedern so wird der Maximalbetrag auf **500,00 (fünfhundert/00)** erhöht.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.2 angeführten Unterstützungen

Thermalkuren

- 2) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 3) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

## 7.3 Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf **30,00 (dreißig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.3 angeführten Unterstützungen

Onkologische Behandlung

- 1) *Bescheinigung des Krankenhauses, in der das Anfangs- und Enddatum jeder einzelnen Periode ersichtlich sind und alle Daten der Behandlung sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.*



## Bereich – Prothesen

### Sehhilfen - Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

#### 8. Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** Anspruch auf **50 %** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **100,00 (hundert/00) Euro** für jedes Paar Brillengläser oder Kontaktlinsen.

Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder des Augenoptikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.

Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt. Die Verschreibung des Arztes oder des Optikers wird von der Ärztekommision der Gesellschaft nach eigenem unanfechtbarem Ermessen beurteilt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von **vier Jahren** nur einmal rückerstattet.

#### Ausschlüsse

Die Unterstützung wird für Einwegkontaktlinsen nicht gewährt.

Das Rechnungsdokument muss eine getrennte Auflistung der Kosten der Brillengläser von anderen eventuellen Kosten enthalten.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 8 aufgeführten Unterstützungen

Brillengläser

- 1) *Verschreibung des Facharztes, aus der auch die Pathologie hervorgeht (für die Beantragung von Brillengläsern ist auch Höhe der Dioptrien anzugeben).*
- 2) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).*

#### 9. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Es werden dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** **50%** des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von Euro **200,00 (zweihundert/00) Euro** im Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Korrektur körperlicher Fehlbildungen rückerstattet:

- a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmieler, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

#### Ausschlüsse

In der Kostenaufstellung müssen die Kosten der Prothesen und die Kosten der sanitären Hilfsmittel getrennt von eventuellen anderen Zusatzkosten aufgeführt werden.

## Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9 aufgeführten Unterstützungen

Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

- 1) *Ausgabenbelege für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel*

## Bereich – Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege - Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

### 10.1 Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglied** hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **12,00 (zwölf/00) Euro** pro Stunde und für eine Höchstzeit von **104 Stunden** pro Kalenderjahr, für den Fall, in dem es selbst von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit betroffen ist. Der Versicherte benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um folgende Leistungen durchzuführen:

- ärztliche und/oder fachärztliche Therapien,
- Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen,
- Physiotherapien oder Rehabilitierungen.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

## Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.1 aufgeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

- 1) *Ordnungsmäßig quitierte Ausgabenbelege, aus denen die Stundenanzahl der effektiven Hauskrankenpflege und die Art der geleisteten gesundheitlichen Betreuung hervorgehen.*

### 10.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

Das Mitglied bzw. seine Begünstigten oder gesetzlichen Erben haben, falls das **Mitglied** selbst oder einer seiner **Anspruchsberechtigten** an einer bösartigen Krebserkrankung leidet, Anspruch auf eine Unterstützung mit einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

## Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.2 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

- 1) *Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen Ausgaben;*
- 2) *Zertifizierung des Arztes, die die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt.*

## Allgemeine Bestimmungen

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1 bis 10 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 1, 2, 3, 4 und 5 angeführten Unterstützungen werden nicht für Leistungen im Rahmen der Rechtsmedizin, der Sportmedizin, der Arbeitsmedizin, der ästhetischen Medizin, der alternativen Medizin, der Akupunktur, der Chiropraxie, der Iridologie, der Homöopathie, der Psychologie, für Medikamente, für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen gewährt. Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind.

- **Karenzzeit für das Anrecht auf Unterstützung**

Die Arbeitnehmer/Mitglieder, welche durch den Betrieb in den ergänzenden Gesundheitsfonds und unter Berücksichtigung der im wechselseitigen Betriebsabkommen enthaltenen Bedingungen eingeschrieben wurden, haben das Anrecht auf die unter den Punkten 1, bis 10 aufgeführten Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

- **Fristen und Bedingungen für das Einreichen des Antrags auf Unterstützung**

Der Antrag auf Unterstützung muss mit dem dafür vorgesehenen Formular „Antrag auf Unterstützung“ folgenderweise übermittelt werden:

- a) über das Internetportal **“MutualHelp for you”** (Zugang über unsere Webseite [mutualhelp.eu](http://mutualhelp.eu)),
- b) per E-Mail [ansuchen@mutualhelp.eu](mailto:ansuchen@mutualhelp.eu) (in PDF),
- c) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel),
- d) Abgabe bei einer der Filialen der Raiffeisenkasse oder
- e) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Crispistraße 9, 39100 Bozen.

Im Falle, dass der Antrag auf Unterstützung per **E-Mail** zugesandt wird, sollte das Formular des Antrags getrennt von jeder einzelnen Rechnung als PDF eingescannt werden, wobei jede Rechnung einer PDF-Datei entspricht. Im Falle von Rechnungen mit Anhang (z.B. Rechnung des Zahnarztes mit Röntgenbilder) ist es nützlich, den Anhang gemeinsam mit Rechnung in einer einzigen PDF-Datei zusammenzufassen. Der Unterstützungsantrag muss **innerhalb 15. Januar des darauffolgenden Jahres** vom Rechnungsdatum eingereicht werden, anderenfalls verfällt der Anspruch auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht. Der Antrag auf Unterstützung kann zu jeder Zeit während des Jahres eingereicht werden, sofern die Summe der beigelegten Dokumente nicht **unter 15,00 (fünfzehn/00) Euro** liegt.

- **Beizulegende Dokumente**

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält, um die Gültigkeit des Anspruchs auf die beantragte Unterstützung zu bestätigen. Die wechselseitige Gesellschaft ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme des Krankenblattes. Die beizulegenden Dokumente befinden sich in der Durchführungsbestimmung des Fonds am Ende des Textes eines jeden einzelnen Unterstützungspunktes. Den Rechnungen muss die Zahlungsbestätigung beigelegt werden.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (\*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das von der Gesellschaft beglaubigt werden muss.

- **Krankengeschichte**

(\*\*) Wird die Quittung für die Ausgabe der Krankengeschichte beigelegt, wird der gesamte Betrag rückvergütet.

- **Anlage**

Anlage “C” - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.

Im Zweifelsfall nehmen Sie bitte Einblick in die italienische Version, welche rechtliche Gültigkeit hat.