



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge Raiffeisen Gesundheitsfonds "Basic" (Ro2)

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds im Rahmen der innerbetrieblichen Verträge, Abkommen oder Reglements zu Gunsten der Mitarbeiter der Betriebe, die Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens sind und ihren Sitz in der Autonomen Provinz Bozen haben, in Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband Südtirol gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen

Jährlicher Mitgliedsbeitrag **120,00 Euro**

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

50 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro**. Es werden **maximal zwei 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.

3.1 Instrumentelle Diagnostik

50 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro**. Es werden **maximal zwei 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.

3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung

50 % bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 Euro** für instrumentaldiagnostische Untersuchungen, welche im **Tarifverzeichnis „C“** aufgelistet sind.

4. Laboruntersuchungen

50 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** bezahlt. Es werden **maximal zwei Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

Die maximale Rückvergütung der obengenannten aufgeführten Punkte 2, 3, und 4 beträgt maximal **1.500,00 Euro** pro Kalenderjahr.

Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Es sind die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“** angeführten Leistungen und Beträge anerkannt.

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Bereich der Zahnheilkunde:

- A)** Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Fotographie (12 Positionen)
- B)** Mundhygiene und Prävention (7 Positionen)
- C)** Endodontie (6 Positionen)
- D)** Konservierenden Leistungen (5 Stimmen)
- E)** Mundchirurgie (15 Positionen)
- F)** Paradontologie (8 Positionen)

- H)** Kieferorthopädie (7 Positionen)
- K)** Implantologie und Knochenregeneration (6 Positionen)
- L)** Fixe Prothesen (20 Positionen)
- M)** Abnehmbare Prothesen (5 Positionen)
- P)** Overdenture-Overimplantat Prothesen (5 Positionen)
- Q)** Modellprothese (3 Positionen)
- R)** Teilprothese (2 Positionen)

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 Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) von **Anfang und Ende der Behandlung** angefügt werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ kodifiziert sind, sowie Geldsummen, die von den vorgesehenen Tarifen abweichen, können nicht rückvergütet werden.

Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung und innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden.

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

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

Die Rückvergütung für die Punkte 5.1 und 5.2 beträgt maximal **2.000,00 Euro** pro Kalenderjahr.

5.3 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
 - b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.
- Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 Euro** pro Unfall gewährt.

Krankenhausaufenthalt

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:

6.1 Spezifische chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten

(siehe Anlage „A“, Tarifverzeichnis Bereich „A“)

- 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 Organanteilen; 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 **2.000,00 Euro** gewährt.

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

7.1 Spezifische chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

(siehe Anlage „A“)

- a) **100 %** des Steuerbeleges 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 Euro** pro Eingriff;
- b) **100 %** des Steuerbeleges 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 Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 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 **30 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.

Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

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);
2. Thorax-Lungenchirurgie (23 Positionen);
3. Herz-Kreislauf-Chirurgie (21 Positionen);
4. Gynäkologie (9 Positionen);
5. Neurochirurgie (28 Positionen);
6. Orthopädie (26 Positionen);
7. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2);
8. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3);
9. Augenheilkunde (3 Positionen);
10. Große Verbrennungen (1 Positionen)
11. Organtransplantation (6 Positionen),

Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.

Kuren

8.1 Physiotherapeutische Behandlungen

- a) 100 % des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) 50 % der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **40,00 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.

8.2 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 **30,00 Euro** für jeden Behandlungstag.

Prothesen

9. Sehhilfen

50 % des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **100,00 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.

10. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

50% des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von **200,00 Euro** pro Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und die Korrektur körperlicher Fehlbildungen:

- 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, Stützmiuder, 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.

Schwangerschaft und Mutterschaft

11.1 Zeitraum der Schwangerschaft

Zusätzlich zur Unterstützung von Punkt 2 – Fachärztliche Untersuchungen 50 % des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** für zwei weitere Untersuchungen der Gynäkologie und/oder Geburtshilfe gewährt, die bei privaten Strukturen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden.

11.2 Abwesenheit wegen Risikoschwangerschaft

8,00 Euro pro Tag nach Überschreitung von 30 aufeinanderfolgenden Tagen für die gesamte Dauer der Schwangerschaft.

12. Mutterschaft

Im Falle einer Geburt wird eine Unterstützung von **50,00 Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthaltes täglich bis maximal **10 Tage** gewährt. Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt nach der 24. Schwangerschaftswoche erfolgt.

Hauskrankenpflege

13.1 Hauskrankenpflege

12,00 Euro pro Stunde bis zu maximal **104 Stunden** pro Kalenderjahr, im Falle von vorübergehenden oder permanenten durch Invalidität verursachten Krankheiten, bei denen Behandlungen zu Hause notwendig sind.

13.2 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.

Die Übersichtstabelle stellt die Zusammenfassung der Leistungen dar, für eine korrekte Auszahlung der Leistung muss auf die Durchführungsbestimmung des Fonds Bezug genommen werden.

The logo for Mutual Help features a large, stylized circular emblem. The emblem is composed of several overlapping, curved segments in shades of light blue, yellow, and grey, creating a sense of movement and support. The words "Mutual Help" are written in a large, light blue, sans-serif font across the center of the emblem.

Mutual Help