

Entwickelt und verwaltet von



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Ergänzender Gesundheitsfonds
des gesamtstaatlichen Gesundheitsdiensts**

“Leitende Angestellte”

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

Vertrieben von



Kontakt

MUTUAL HELP Wechselseitige Hilfsgesellschaft
Steuernummer 94107200217

Crispi Straße Nr. 9 – 39100 Bozen
Tel.: 0471 974 964 | Fax 0471 053 613

E-Mail: info@mutualhelp.eu | mutualhelp.eu

Anlage zur
Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds
eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help

Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

“Leitende Angestellte”

Gültig ab 01 Januar 2016

*Jährlicher Mitgliedsbeitrag **432,00 Euro**
Von denen **382,00 Euro** zu Lasten des Betriebes und
50,00 Euro zu Lasten des Mitarbeiters sind*

Das nachfolgende ergänzende Leistungspaket mit dem Namen “**Leitende Angestellte**” ist an die leitenden Angestellten der Betriebe gewandt, die:

- a) Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens im Rahmen des bezüglichen innerbetrieblichen Vertrages, Abkommens oder Reglements ex Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/86;
- b) Mitglieder der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help sind und folglich ihre Mitarbeiter einschreiben, die die vorgesehenen Voraussetzungen des Statutes und des wechselseitigen Abkommens erfüllen;
- c) mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung sind.

Die Bestimmungen der „Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help vervollständigen das vorliegende Leistungspaket und werden diesem beigefügt.

Mitarbeiter, die nicht mehr bei den oben genannten Betrieben angestellt sind, können den Übergang zum Leistungspaket “Basisgesundheit Bürger” oder “Basisgesundheit Senior”, innerhalb der von der Geschäftsordnung festgelegten Bedingungen, beantragen.

Dieses Ansuchen zum Übergang hat Gültigkeit ab dem 1. Januar des Jahres nach dem Ereignis.

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

Das **Mitglied** 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 **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1 aufgeführte Unterstützung

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1) Ausgabenbelege (Sanitätsticket)

Bereich – Fachärztliche private Leistungen

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

2. Fachärztliche Untersuchungen

Dem **Mitglied** werden im Falle von in privaten Gesundheitseinrichtungen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführten fachärztlichen Untersuchungen, **60%** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** für jede Untersuchung rückerstattet und auf jeden Fall für **maximal zwei Untersuchungen pro Fachrichtung** und pro Kalenderjahr.

Im Steuerbeleg muss jede andere Leistung von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

3.1 Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** werden im Falle von in privaten Gesundheitseinrichtungen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführten instrumental-diagnostischen Untersuchungen **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** rückerstattet.

Im Steuerbeleg muss jede andere Leistung von den Kosten der instrumental-diagnostischen Untersuchung getrennt werden.

3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** werden im Falle von in privaten Gesundheitseinrichtungen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführten und im **Verzeichnis „C“** aufgelisteten instrumentellen hochdiagnostischen Untersuchungen, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **120,00 (hundertzwanzig /00) Euro** rückerstattet.

4. Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder die freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig /00) Euro** rückerstattet. Es werden **maximal drei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Im Steuerbeleg muss jede andere Leistung von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

5. Ambulante Chirurgie

Dem **Mitglied** werden im Falle von ambulanter Chirurgie, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder die freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wird, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** rückerstattet.

Im Steuerbeleg muss jede andere Leistung von den Kosten der ambulanten Chirurgie getrennt werden.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3.1, 3.2, 4 und 5 verstehen sich für die vom Mitglied dokumentierten Spesen als genehmigt bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 2, 3.1, 3.2, 4 und 5 angeführten

Unterstützungen

Private fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik und Hochdiagnostik - Laboruntersuchungen - Ambulante Chirurgie

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung)*

Bereich – Zahnheilkunde

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

6.1 Zahnbehandlungen bei NICHT vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** wird im Falle von zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, die bei nicht vertragsgebundenen zahnärztliche Strukturen durchgeführt wurden, **50 %** des Steuerbeleges anerkannt bis zu einem Höchstbetrag von **120,00 (Hundertzwanzig/00) Euro** pro Kalenderjahr.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.1 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei NICHT vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung)*

6.2 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** werden für Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „B“** angeführten Beträge anerkannt.

Bereich der Zahnheilkunde:

A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie (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)

G) Gnatologie (4 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)

Gesamte anerkannte Leistungen: 105.

Für die Anfrage auf Unterstützung 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.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.2 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Zahnärztliches Datenblatt, auf der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten und im Tarifverzeichnis Bereich „B“ aufgelisteten Leistung vermerkt sind, sofern der Kodex nicht auf der Rechnung angeführt wurde.*

6.3 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) **100 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Höchstentschädigungsgrenze

Die Rückvergütung für die Punkte 6.2 und 6.3 beträgt maximal **4.500,00 (viertausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.3 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei öffentlichen Zahnarztpraxen

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

Nicht Kumulierbarkeit der Unterstützungen

Unterstützungen und Leistungen, die von nicht vertragsgebundenen Praxen (Punkt 6.1) durchgeführt werden, mit den Unterstützungen und Leistungen, die bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen durchgeführt werden (Punkt 6.2 und 6.3) sind nicht kumulierbar.

6.4 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) **60 %** 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 **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Unfall gewährt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.4 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 – Krankenhauseinlieferung

Krankenhauseinlieferung – Tagesklinik mit chirurgischem Eingriff - Rehabilitationseinrichtungen - Spezifische chirurgische Eingriffe - Beistand bei Krankenhauseinlieferung

7.1 Krankenhauseinlieferung

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts hat das **Mitglied** nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten Anspruch auf den nachstehend aufgeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts:

- a) **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Tag in Italien
- b) **80,00 (achtzig/00) Euro** für die Einlieferung in eine Krankenanstalt, die im Ausland liegt.

Die Unterstützung wird nicht für Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen ausbezahlt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.1 aufgeführten Unterstützungen

Krankenhauseinlieferung

- 1) Entlassungsbescheinigung der Einheit (Abteilung) des Krankenhauses, aus der das Datum der Aufnahme und der Entlassung und die Diagnose ersichtlich sind;
- 2) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (*)

7.2 Tagesklinik - Aufenthalte mit chirurgischem Eingriff

Im Falle einer Einlieferung in eine Tagesklinik mit folgendem chirurgischen Eingriff hat das **Mitglied** Anspruch auf einen Tagessatz von **150,00 (Hundertfünfzig/00) Euro**, auch im Falle einer nachfolgenden Krankenhausübernachtung.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.2 aufgeführten Unterstützungen

Tagesklinik-Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff

- 1) Krankengeschichte, aus der die spezifisch belegten effektiven Einlieferungstage, die Diagnose und die Art des durchgeführten Eingriffs ersichtlich sind, mit der Anmerkung, dass es sich um eine Tagesklinik-Einlieferung oder Day Surgery-Behandlung gehandelt hat.

7.3 Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen

Im Falle einer Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen hat das **Mitglied** nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten Anspruch auf einen Tagessatz von **30,00 (dreißig/00) Euro** vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts. Die Unterstützung steht für maximal **15 Tage** pro Krankenhausaufenthalt zu.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7.3 aufgeführten Unterstützungen

Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen

- 1) Krankengeschichte, aus der das Datum der Aufnahme, der Entlassung, die Art der Diagnose und die durchgeführten Behandlungen ersichtlich sind.

Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Heilanstalten

8.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in PRIVATEN Strukturen

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) Gebühren des Operationsaals;
- 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, chirurgische Eingriff zur Entnahme der Organe, 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 Kranken mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Verkehrsmittel wird eine Rückvergütung von **80 %** der Kosten bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** gewährt.

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e) des vorhergehenden Punktes 8.1 beantragt werden, muss das Mitglied, für sich selbst oder für seinen Anspruchsberechtigten, zum Zwecke der Berechnung des von der Wechselseitigen Gesellschaft zu zahlenden ergänzenden Betrags schriftlich erklären, ob ergänzende Policen und/oder Gesundheitsfonds bestehen. Jede Kumulierbarkeit der gegenständlichen Unterstützung im Rahmen der genannten Rückerstattungsbeträge mit anderen Gesundheitsschutzleistungen ist ausgeschlossen.

Das Mitglied muss also eine Erklärung vorlegen, aus der sich ergibt, dass es sich um die einzige beantragte Unterstützung handelt. Außerdem müssen die Ausgabenbelege ausschließlich im Original vorgelegt werden. Anschließend erhält das Mitglied die Originalbelege, auf denen der gezahlte Unterstützungsbetrag vermerkt wird, zurück.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 8 angeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in privaten Strukturen - Krankentransport

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

Spezifische chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten

9.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

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

- 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 (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 von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.
- d) Unterstützung bei Krankenhauseinlieferung entsprechend:
 - **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Tag in Italien
 - **80,00 (achtzig/00) Euro** für die Einlieferung in eine Krankenanstalt, die im Ausland liegt.

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 **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

- a) **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien
- b) **80,00 (achtzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland

Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 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); | <ol style="list-style-type: none"> 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), <p>Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.</p> |
|---|---|

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9 aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in öffentlichen Strukturen - Beistand bei Krankenhauseinlieferung

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

Bereich – Chirurgische Eingriffe

Augenärztliche chirurgische Eingriffe

10. Korrekturingriff mittels Ecimer-Laser

Wenn sich das **Mitglied** den nachstehend angeführten Laserbehandlungen oder Therapien unterzieht, so hat es Anspruch auf **60%** des Rechnungsbetrages mit einem Höchstbetrag von **1.200,00 (tausendzweihundert/00) Euro**.

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.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10 aufgeführten Unterstützungen

Augenärztliche chirurgische Eingriffe

- 1) Krankengeschichte oder ärztliche Bescheinigung des Augenarztes, aus dem die Art des durchgeführten Eingriffs und die Diagnose der Krankheit, die den Eingriff erforderlich gemacht hat, ersichtlich sind;
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).

Bereich – Kuren

Physiotherapeutische Behandlungen - Thermalkuren - Onkologische Behandlung

11.1 Physiotherapeutische Behandlungen

Dem **Mitglied** wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **60 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** pro Therapiezyklus, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Unterstützung wird bis zu **maximal drei Zyklen** pro Kalenderjahr anerkannt.

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

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11.1 angeführten Unterstützungen

Physiotherapeutische Behandlungen

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

11.2 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 **50,00 (fünfzig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11.3 aufgeführten 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

12. 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 (Hundertfünfzig/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 **drei 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.

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 12 aufgeführten Unterstützungen

Sehhilfen

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

Bereich - Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege - Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

13.1 Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **15,00 (fünfzehn/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 13.1 aufgeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

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

13.2 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 **2.500,00 (zweitausendfünfhundert/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 13.2 aufgeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

- 1) *Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen;*
- 2) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).*

Allgemeine Bestimmungen

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1 bis 13 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 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 Chiroprathie, 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 13 aufgeführten Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen für das Einreichen des Unterstützungsantrages**

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),
- b) per E-Mail ansuchen@mutualhelp.eu (in PDF),
- c) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel),
- d) 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 beigefügten 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 "A" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „B“.

Anlage "B" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der zahnärztlichen Leistungen Bereich „B“.

Anlage "C" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.

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

