



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge "Sektor Handwerk" (R27)

Jährlicher Mitgliedsbeitrag **125,04 Euro**

Für Mitarbeiter von Unternehmen, die das gegenseitige Übereinkommen unterzeichnet haben
(Art. 51, Absatz 2, Buchstabe a des DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen)

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 **1.000,00 Euro** pro Kalenderjahr.

Vertragsgebundene Zahnheilkunde

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

Bereich der Zahnheilkunde:

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

- | | |
|---|--|
| A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie (12 Positionen) | H) Kieferorthopädie (7 Positionen) |
| B) Mundhygiene und Prävention (7 Positionen) | K) Implantologie und Knochenregeneration (6 Positionen) |
| C) Endodontie (6 Positionen) | L) Fixe Prothesen (20 Positionen) |
| D) Konservierenden Leistungen (5 Stimmen) | M) Abnehmbare Prothesen (5 Positionen) |
| E) Mundchirurgie (15 Positionen) | P) Overdenture-Overimplantat Prothesen (5 Positionen) |
| F) Paradontologie (8 Positionen) | Q) Modellprothese (3 Positionen) |
| G) Gnatologie (4 Positionen) | R) Teilprothese (2 Positionen) |
- Gesamte anerkannte Leistungen: 105.

Für Leistungen der **Implantologie**, sowie für **fixe Prothesen** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Ende der Behandlung** beigefügt werden. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

Für Leistungen der **Kieferorthopädie** muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine

andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom **Beginn** der Behandlung angefügt werden, sowie die Erklärung des Zahnarztes mit **Beginn und Ende** der kieferorthopädischen Behandlung. Die Rückvergütung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten angefragt werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis und den 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) 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;

6.2 Krankentransport

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) **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 **1.500,00 Euro**.

7.2 Krankenhauseinlieferung aufgrund chirurgischem Eingriff

Die Unterstützung bei Krankenhauseinlieferung aufgrund des chirurgischen Eingriffs gemäß Anlage „A“ entspricht:

- 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.

Die Unterstützung wird für bis zu maximal **30 Tage** anerkannt.

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); | <ol style="list-style-type: none"> 6. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2); 7. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3); 8. Augenheilkunde (3 Positionen); 9. Große Verbrennungen (1 Positionen) 10. Organtransplantation (6 Positionen); <p>Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.</p> |
|--|--|

- a) **150,00 Euro** einmalige Unterstützung für den Eingriff
 b) **50,00 Euro** pro Tag für die ersten sechs Tage, welche auf den ambulant chirurgischen Eingriff folgen.

Die Unterstützungsbeiträge sind für folgende ambulant chirurgische Eingriffe vorgesehen:

- Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung eines Auges oder beider Augen oder Korrektur mittels Excimer-Laser zur Beseitigung von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit.

8. Ambulant chirurgische Eingriffe

- Korrektur der Hammerzehe;
 - Operation des Karpaltunnelsyndroms;
 - Ausschälung der Schleimbeutelentzündung mit Korrektur des weichen Gewebes und korrigierende Osteotomie des Hallux Valgus;
 - Katarakt-Operation mit oder ohne Implantierung einer intraokularen Linse;
- a) Behandlung der Krampfadern: Abbinden und stripping der Krampfadern der unteren Gliedmaße; ministripping (Varizektomie) der Krampfadern der unteren Gliedmaße, endovaskuläre Entfernung der Varizen mit Laser;

Kuren

9.1 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.

9.2 Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das Mitglied stationär, 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.

Schwangerschaft und Mutterschaft

10. Zeitraum der Schwangerschaft

Dem Mitglied wird eine Unterstützung der Ausgaben für Echographie und klinisch-chemischen Analysen, inbegriffen die Amnioskopie, die Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie, durchgeführt im Zeitraum der Schwangerschaft, im folgenden Ausmaß gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
50 % des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 Euro** bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit.

10.2 Abwesenheit wegen Risikoschwangerschaft

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

11. Mutterschaft

Im Falle einer Geburt wird eine Unterstützung von **40,00 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

12.1 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.

12.2 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.