



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge “ Angestellte von Seilbahnanlagen” (R37)

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**
Gültig ab 01. Januar 2017

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, Fotografie (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 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 **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 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

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:

<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>
--	---

8.1 Chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied	<p>Sollten für das neugeborene Familienmitglied im ersten Lebensjahr stationäre Aufenthalte mit chirurgischen Eingriffen notwendig sein, erhält das Mitglied einen Unterstützungsbeitrag für die Spesen bis zu maximal 10.000,00 Euro für:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bezahlte Rechnungen für die Korrektur von angeborenen Pathologien b) Ärztliche Visiten, instrumentelle Diagnostik, Laboruntersuchungen vor und nach dem stationären Aufenthalt c) Übernachtung und Verpflegung der Begleitperson im Krankenhaus oder in einem Hotel
--	--

8.2 Ersatztagegeld	<p>Sollte das Mitglied keinen Unterstützungsbeitrag für die Buchstaben a), b) und c) des vorhergehenden Punktes 8.1 in Anspruch nehmen, hat es Anrecht auf einen Unterstützungsbeitrag von 80,00 Euro für jeden Tag für die ersten 30 Tage des stationären Aufenthaltes des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes. Bei einem stationären Aufenthalt vom 31. bis zum maximal 100. Tag wird ein Unterstützungsbeitrag von 100,00 Euro pro Tag ausbezahlt.</p>
---------------------------	--

Kuren

9.1 Physiotherapeutische Behandlungen	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>
--	---

9.2 Thermalkuren	<p>Dem Mitglied wird im Falle von Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien folgende Unterstützung gewährt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 100% des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket) b) 50% der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 40,00 Euro für einen Therapiezyklus pro Jahr; c) 50 % der entstandenen Kosten der ärztlichen Visite, welche in der Thermalstruktur durchgeführt wurde, bis zu einem Maximalbetrag von 40,00 Euro. <p>Der Steuerbeleg muss die Art der ärztlichen Visite enthalten, jede weitere Leistung muss separat von der ärztlichen Visite aufgelistet werden.</p>
-------------------------	---

9.3 Onkologische Behandlung	<p>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.</p>
------------------------------------	--

Prothesen

10.1 Sehhilfen	<p>50 % des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht bis zu einem Gesamthöchstbetrag von 100,00 Euro für jedes Paar Brillen (inkl. Fassung) oder Kontaktlinsen. 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. Die Unterstützung wird für Einwegkontaktlinsen nicht gewährt.</p>
-----------------------	--

10.2 Prothesen und sanitäre Hilfsmittel	<p>50% des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 Euro pro Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und die Korrektur körperlicher Fehlbildungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, Stützmieder, 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. 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.



Mutual Help