

Entwickelt und verwaltet von



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Ergänzender Gesundheitsfonds
des gesamtstaatlichen Gesundheitsdiensts**

“Sektor Bauarbeiter - Verwaltungsmitarbeiter”

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
gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen

Vertrieben von



Raiffeisen

Kontakt

MUTUAL HELP Wechselseitige Hilfsgesellschaft
Steuernummer 94107200217

Raiffeisenstraße 2/D – 39100 Bozen
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613

E-Mail: raiffeisen@mutualhelp.eu | www.raiffeisengesundheitsfonds.it

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

Basisfonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

“Sektor Bauarbeiter - Verwaltungsmitarbeiter”

Gültig ab 1. Juli 2018

Jährlicher Mitgliedsbeitrag 300,00 Euro

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsplan Raiffeisen Gesundheitsfonds **“Sektor Bauarbeiter - Verwaltungsmitarbeiter”** richtet sich an die Mitarbeiter der Unternehmen:

- a) die das gegenseitige Abkommen unterzeichnet haben gemäß dem jeweiligen Vertrag, Vereinbarung oder Betriebsordnung nach Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/86;
- b) die Mitglieder bei der Wechselseitigen Gesellschaft Mutual Help sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der Mitarbeiter, die die festgelegten Voraussetzungen der Satzung und des genannten 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 den vorliegenden Gesundheitsplan und werden diesem beigelegt.

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

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 **700,00 (siebenhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „Ticket“ aufgeführte Unterstützung

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1) *Ausgabenbelege (Sanitätsticket)*

Bereich – Fachärztliche private Leistungen

2. Fachärztliche Untersuchungen

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, **50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal eine Untersuchung** 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. Diagnostik

3.1 Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** oder eines 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 **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. 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 – Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** oder eines 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.

4. Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** oder eines 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 **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Steuerbeleg bezahlt. Es werden **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

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

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstüzungen der vorher aufgeführten Punkt „fachärztliche private Leistungen“ werden bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „fachärztliche private Leistungen“ aufgeführten Unterstüzungen

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

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

Bereich – Zahnheilkunde

5. Vertragsgebundene Zahnheilkunde

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten - MITGLIED

Dem **Mitglied** werden für Zahnbehandlungen bei privaten Zahnarztpraxen, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“** angeführten Beträge anerkannt.

Bereich der Zahnheilkunde:

- | | |
|---|---|
| A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie | H) Kieferorthopädie |
| B) Mundhygiene und Prävention | K) Implantologie und Knochenregeneration |
| C) Endodontie | L) Fixe Prothesen |
| D) Konservierenden Leistungen | M) Abnehmbare Prothesen |
| E) Mundchirurgie | P) Overdenture-Overimplantat Prothesen |
| F) Paradontologie | Q) Modellprothese |
| G) Gnatologie | R) Teilprothese |

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 Unterstüzung 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.

5.2 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten – ANSPRUCHSBERECHTIGTE FAMILIENMITGLIEDER

Das **anspruchsberechtigte Familienmitglied** erhält für Leistungen der Zahnheilkunde, die in einer vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden, folgende Unterstützungen anerkannt:

- a) **50 %** Kosten für zahnärztliche Untersuchung und Zahnsteinentfernung mit maximal **40,00 Euro** pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr);
- b) **50 %** der Kosten für Röntgenaufnahmen, OPT, Fernröntgen, Dentalscan, intraorale Fotos oder anderer digitaler Aufnahme der Mundhöhle mit maximal **40,00 Euro** pro Kalenderjahr; (maximal einmal im Jahr);
- c) **50%** der Kosten für die ein- oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes bis maximal **40,00 Euro** für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr;
- d) **50 %** der Kosten für die ein- oder mehrkanalige Wurzelbehandlung der Zähne bis maximal **40,00 Euro** für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- e) **50 %** der Kosten für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis maximal **40,00 Euro** pro Zahn; maximal **zwei** Eingriffe;
- f) **50 %** der Kosten für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung bis maximal **40,00 Euro**; maximal **ein** Eingriff pro Kalenderjahr;

Um eine Rückvergütung der zahnärztlichen Spesen zu erhalten muss auf der Rechnung die Art der durchgeführten Leistung, der Betrag und der zugewiesene Kodex (z.B. A01) stehen. Sollten die Kodexe nicht auf der Rechnung angegeben sein, so muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte zahnärztliche Datenblatt mit den Kodizes beigelegt werden.

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden. Anträge für Anzahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt, außer im Falle der kieferorthopädischen Leistungen, bei welchen Anzahlungen angenommen werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ angeführt sind, sowie Geldsummen, die höher als die vorgegebenen Beträge im Tarifverzeichnis sind, können nicht rückvergütet werden.

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

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen werden bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „vertragsgebundene Zahnheilkunde“ aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

- 1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Sofern der Kodex nicht auf der Rechnung angeführt wurde: Zahnärztliches Datenblatt, auf der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten und in der Anlage „B“ aufgelisteten Leistung vermerkt sind;*
- 3) *Implantologie und fixe Prothesen: Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Ende der Behandlung;*
- 4) *Kieferorthopädische Leistungen: Erklärung des Zahnarztes mit Beginn und Ende der kieferorthopädischen Behandlung, sowie Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Beginn der Behandlung.*

Bereich – Krankenhausaufenthalt

6. Unterstützte chirurgische Eingriffe – PRIVATE HEILANSTALTEN

6.1 Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten

Bei chirurgischen Eingriffen gemäß Anlage „A“ hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, 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:

- 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 Operationssaals;
- 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;

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 (zweitausend/00) Euro** gewährt.

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e), f) g) und h) des vorhergehenden Punktes „unterstützte chirurgische Eingriffe in privaten Heilanstalten“ 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 Polizzen 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 „unterstützte chirurgische Eingriffe in privaten Heilanstalten“ aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in privaten Strukturen

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

7. Unterstützte chirurgische Eingriffe – ÖFFENTLICHE HEILANSTALTEN

7.1 Unterstützte chirurgische 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 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 **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.

7.2 Krankenseinlieferung aufgrund chirurgischem Eingriff

Dem Mitglied, falls es selbst oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, in einer öffentlichen Heilanstalt 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:

- | | |
|--|--|
| 1. Allgemeine Chirurgie (Hals, Brust & Ösophagus, Magen-Zwölffingerdarm, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus, Peritoneum, Leber und Gallenwege, Bauchspeicheldrüse - Mil, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie); | 6. Orthopädie; |
| 2. Thorax-Lungenchirurgie; | 7. HNO (Ohr, Larynx und Parynx); |
| 3. Herz-Kreislauf-Chirurgie; | 8. Urologie (Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Blase, Prostata, Harnröhre, Männliche Geschlechtsorgane); |
| 4. Gynäkologie; | 9. Augenheilkunde; |
| 5. Neurochirurgie; | 10. Große Verbrennungen; |
| | 11. Organtransplantation. |

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt unterstützte chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in öffentlichen Strukturen

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

8. Chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied

8.1 Chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied (PRIVAT)

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 (zehntausend/00) Euro** für:

- 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

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 **50,00 (fünfzig/00) Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthaltes des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes für maximal **30 Tage** pro Eingriff.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied“ aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe beim Neugeborenen - Ersatztagegeld

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (**)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Honorarnote, Rechnung, Steuerquittung);

- 3) Geburtsurkunde des neugeborenen Familienmitglieds; (*)
- 4) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (*)

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen des vorhergehenden Punktes „chirurgische Eingriffe für das neugeborene Familienmitglied“, für das anspruchsberechtigte neugeborene Familienmitglied 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 Polizen 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.

9. Ambulant chirurgische Eingriffe

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, steht eine Unterstützung bei ambulant chirurgischen Eingriffen in öffentlichen oder privaten Heilanstalten, von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, zu:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **100,00 (hundert/00) Euro** einmalige Unterstützung für den Eingriff bei ambulant chirurgischen Eingriffen in öffentlichen Heilanstalten oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen.

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;
- 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;
- Behandlung der Krampfadern: Abbinden und stripping der Krampfadern der unteren Gliedmaße; ministripping (Varizektomie) der Krampfadern der unteren Gliedmaße, endovaskuläre Entfernung der Varizen mit Laser;
- radikale Entfernung von Läsionen der Haut und des Unterhautgewebes.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „ambulante chirurgische Eingriffe“ angeführten Unterstützungen

Ambulant chirurgische Eingriffe

- 1) Krankengeschichte oder Entlassungsschein mit Angabe der vollständigen Anamnese, der Art des Eingriffs und des Datums, an dem der Eingriff durchgeführt wurde

Bereich – Kuren

10. Physiotherapeutische Behandlungen

Dem **Mitglied** oder eines 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 **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Therapiezyklus, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern.

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

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

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „physiotherapeutische Behandlungen“ aufgeführten Unterstützungen

Physiotherapeutische Behandlungen

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

11. Thermalkuren

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird im Falle von Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien bis zu maximal **drei Anwendungen** folgende Unterstützung gewährleistet:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **80,00 (sechzig/00) Euro** pro Therapiezyklus.
- 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.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „Thermalkuren“ angeführten Unterstützungen

Thermalkuren

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

12. Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, stationär, 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 „onkologische Behandlung“ aufgeführten Unterstützungen

Onkologische Behandlung

- 1) *Bescheinigung des Krankenhauses, in der die Behandlungstage sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.*

Bereich – Sehhilfen

13. 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 (inkl. Fassung) oder jährliche 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.

Auf der Rechnung der Brillengläser muss der Betrag der Gläser und der Fassungen getrennt angegeben sein.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt „Sehhilfen“ aufgeführten Unterstützungen

Sehhilfen

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

Bereich – Hauskrankenpflege

14. Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, 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 „Hauskrankenpflege“ angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

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

15. 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 „Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium“ 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

- **Anspruchsberechtigte Familienmitglieder**

Das Leistungspaket umfasst auch die **nicht zu Lasten lebenden** anspruchsberechtigten Familienmitglieder. Die Deckung erfolgt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der Meldung. Bei den rückvergüteten Leistungen handelt es sich um Höchstbeträge pro Familie.

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1 bis 17 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 1, 2, 3 und 4 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 und Höchstentschädigungsgrenzen**

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

Es wird darauf hingewiesen, dass die angeführten Höchstentschädigungsgrenzen im Verhältnis zu den eingeschriebenen Monaten stehen.

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen**

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) Abgabe bei einer der Filialen der Raiffeisenkasse oder
- e) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Raiffeisenstraße 2/D, 39100 Bozen.

Der Unterstützungsantrag muss **innerhalb 31. 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 ganze Betrag rückvergütet.

- **Anlage**

Anlage "A"- Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „A“.

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

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

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