



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

„Raiffeisen Gesundheitsfonds Comfort“

*Mitarbeiter von Unternehmen, die das gegenseitige Übereinkommen unterzeichnet haben;
in Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband
(Art. 51 Absatz 2 Buchstabe a des D.P.R. 917/86)*



Anlage zum
Reglement des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds
eingeführt von Mutual Help

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge
„Raiffeisen Gesundheitsfonds Comfort“

Gültig ab 1. Januar 2015

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: 240,00 Euro

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsplan, lautend „Raiffeisen Gesundheitsfonds Comfort“, richtet sich an die Mitarbeiter der Gesellschaften:

- a) die das gegenseitige Abkommen unterzeichnet haben in Umsetzung der unterschriebenen Rahmenvereinbarung mit dem Raiffeisenverband, gemäß dem jeweiligen Vertrag oder Vereinbarung oder Betriebsordnung ex Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/86;
- b) die Mitglied 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) die nicht mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Rückstand sind.

Die Bestimmungen des „Reglements des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help vervollständigen den vorliegenden Gesundheitsplan und werden diesem beigefügt.

Mitarbeiter, die nicht mehr bei den oben genannten Betrieben angestellt sind, können den Übergang zum Leistungspaket "Basisgesundheit Bürger", unter Einhaltung der von der Gesellschaftsordnung 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 (Ticket)

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.

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Bereich – Fachärztliche private Leistungen

Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Laboruntersuchungen

2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden **50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal vier 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. Instrumentelle Diagnostik

Dem Mitglied 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 **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es sind **maximal vier Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Die Rechnung muss die Art der Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentaldiagnostischen Untersuchung getrennt werden.

4. Laboruntersuchungen

Dem Mitglied 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 **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg bezahlt.

Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden. Es werden **maximal vier Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1, 2, 3 und 4 aufgeführten Unterstützungen

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket) - Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen - Ambulante Chirurgie.

1) Ausgabenbelege im Original (Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung).

Bereich – Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundene Zahnärzten - Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

5.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Für Leistungen der Zahnheilkunde, die in vertragsgebundenen Zahnarztpraxen durchgeführt werden, werden folgende Unterstützungen anerkannt:

- a) **50 %** der Röntgenuntersuchungen des vorangegangenen radiologischen Gutachtens und jenes nach der Installierung des Knochenimplantates;
- b) **50,00 (fünfzig/00) Euro** für die Zahnsteinentfernung einmal pro Kalenderjahr;
- c) **60,00 (sechzig/00) Euro** für die Endodontische Behandlung mit einem Kanal oder mehr Kanäle pro Zahn für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- d) **60,00 (sechzig/00) Euro** für die einflächige oder mehrflächige Füllung pro Zahn für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- e) **60,00 (sechzig/00) Euro** für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis zu maximal vier Extraktionen pro Kalenderjahr.
- f) **60,00 (sechzig/00) Euro** Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung;
- g) **500,00 (fünfhundert/00) Euro** für Knochenimplantat bis maximal drei Implantate pro Kalenderjahr; die zur Verfügung stehende Summe beinhaltet auch die Positionierung der Stützzähne (Abutment) jeglicher Art, des Stifts, das provisorische Element, und jegliche Krone;

Für die Anfrage um Unterstützung muss dem Steuerbeleg, die zahnärztliche Kartei, auf der der Kodex und die Art der durchgeführten Leistung vermerkt sind, beigelegt werden.

Für Leistungen, die Implantologie, Fixe Prothesen oder Orthodontie betreffen muss die digitale Panoramaaufnahme von Anfang und Ende der Kur angefügt werden.

Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt.

5.2 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) **60 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Die Rückvergütung für die Punkte 5.1 und 5.2 beträgt maximal **3.000,00 (dreitausend/00) Euro** pro Kalenderjahr.

5.3 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall

Dem Mitglied 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 bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Unfall gewährt.

Die Unterstützung wird auch anerkannt wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen - Zahnbehandlungen bei öffentlichen Zahnarztpraxen - Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen.

- 1) Ausgabenbelege im Original von Ticket, Rechnung, Steuerquittung;
- 2) Zahnärztliches Datenblatt, auf der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten Leistung vermerkt sind;
- 3) Für die Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall muss das Ticket der kieferchirurgischen Abteilung der Ersten Hilfe Dienstes beigelegt werden.

Bereich – Krankenhausaufenthalt

Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen – Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen

Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Heilanstalten

6.1 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 „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 **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** gewährt.

Spezifische chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten

7.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten – Betreuung bei Krankenseinlieferung

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

- a) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für ein Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;

- b) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferung, diagnostische Untersuchungen ärztliche und krankenschwägerische Betreuung, die chirurgische Eingriff zur Entnahme der Organe, Behandlungen, Medikamente und Aufenthaltsgebühren des Organspenders;
- c) 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;
- d) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von von **1.500,00 (tausendfünfhundert/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 20 Tagen in folgender Höhe zu:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e) f), g) und h) des vorhergehenden Punktes 6.1 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 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.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6 und 7 aufgeführten Unterstützungen

Beistand bei Krankenhauseinlieferung

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

Bereich – Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege – Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

8.1 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 oder einer seiner Anspruchsberechtigten von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit betroffen ist. Der Versicherte benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um ärztliche und/oder fachärztliche Therapien, Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen, Physiotherapien oder Rehabilitierungen durchzuführen.

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 8.1 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

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

8.2 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 **2.000,00 (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 8.2 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

- 1) *Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen Ausgaben im Original;*
- 2) *Zertifizierung des Arztes, die die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt.*

Allgemeine Bestimmungen

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 und 8 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**

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, 2, 3, 4, 5, 6, 7 und 8 aufgeführten Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages.

- **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 www.raiffeisengesundheitsfonds.it oder mutualhelp.eu),
- b) per E-Mail (ansuchen@mutualhelp.eu),
- c) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel),
- d) Abgabe bei einer der Filialen der Raiffeisenkasse oder
- e) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help.

Im Falle, dass der Antrag auf Unterstützung per E-Mail zugesandt wird so muss das Formular des Antrags getrennt von jeder einzelnen Rechnung als PDF gescannt werden. Jede Rechnung sollte einem PDF entsprechen. Im Falle von Rechnungen mit Anhang sollte der Anhang gemeinsam mit Rechnung in einem einzigen PDF zusammengefasst sein.

Der Unterstützungsantrag muss bis spätestens zum unaufschiebbaren Termin innerhalb **31. Januar des folgenden Jahres** bezüglich des Datums des Steuerbeleges, der sich auf den Antrag bezieht, eingereicht werden, anderenfalls verfällt der Anspruch auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht.

Für einen reibungslosen Ablauf sollte darauf geachtet werden, dass die Anträge auf Unterstützung **zeitnahe zu den Rechnungen** erfolgen.

Für den Antrag auf Unterstützung können die im Laufe des Kalenderjahres angefallenen Kosten zusammengelegt werden. Anfragen um Unterstützung mit einer Summe **unter 15,00 (fünfzehn/00) Euro** werden nicht berücksichtigt.

- **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.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das bei unseren territorialen Geschäftsstellen beglaubigt werden muss.

- **Krankengeschichte**

(**) Wird die Quittung für die Ausgabe der Krankenkarteikarte beigelegt, wird der gesamte Betrag rückvergütet.

- **Anlage**

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

- **Kontakt**

Büro: Crispi Straße Nr. 9 – 39100 Bozen | Tel.: 0471 974 964 | E-Mail: raiffeisen@mutualhelp.eu | www.raiffeisengesundheitsfonds.it | Steuernummer 94107200217

§§§

Entwickelt von



Vertrieben von

