



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

„Raiffeisen Gesundheitsfonds Premium“

*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 Premium“

Gültig ab 1. Januar 2015

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: 480,00 Euro

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsplan, lautend „Raiffeisen Gesundheitsfonds Premium“, 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 mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung 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 - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen - Ambulante Chirurgie

2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden **60 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal zwei Untersuchungen** pro Fachrichtung und 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

Dem Mitglied werden im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig /00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet.

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 werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche im Tarifverzeichnis „C“ aufgelistet sind, **60 %** bis zu einem Höchstbetrag von **120,00 (hundertzwanzig/00) Euro** rückvergütet.

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, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/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.

5. Ambulante Chirurgie

Dem Mitglied werden im Falle von ambulanter Chirurgie, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder als freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wird, **60 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** pro Steuerbeleg bezahlt. Es sind maximal zwei Steuerbelege pro Kalenderjahr anerkannt.

Der Steuerbeleg muss die Art des Eingriffs enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der ambulanten Chirurgie getrennt werden.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3, 4, und 5 werden bis zu einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1, 2, 3, 4 und 5 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

6.1 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem Mitglied werden für Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der Wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, 100 % der in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „B“** angeführten Beträge anerkannt.

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 digitale Panoramaaufnahme 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 vorlegen.

6.2 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) **100 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Die Rückvergütung für die Punkte 6.1 und 6.2 beträgt maximal **5.000,00 (fünftausend/00) Euro** pro Kalenderjahr.

6.3 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) **100 %** 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 **2.000,00 (zweitausend/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 6 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 und im Tarifverzeichnis Bereich „B“ aufgelisteten Leistung vermerkt sind;
- 3) Für die Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall muss das Ticket der kieferchirurgischen Abteilung der Ersten Hilfe Dienstes beigelegt werden.

Bereich – Krankenhausaufenthalt

Krankenhausaufenthalt – Day Hospital - Rehabilitationseinrichtungen - chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen - chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen

7.1 Krankenhausaufenthalt

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes 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) **40,00 (fünfundzig/00) Euro**, für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes;
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro**, für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im Ausland

Die Unterstützung wird nicht für den Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen ausbezahlt.

7.2 Day Hospital - Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff

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

7.3 Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen

Im Falle eines Aufenthaltes 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 Aufenthaltes.

Die Unterstützung steht für maximal **15 Tage** pro Krankenhausaufenthalt zu.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7 aufgeführten Unterstützungen

Krankenhausaufenthalt – Day Hospital - Rehabilitationseinrichtungen - Onkologische Behandlung.

Krankenhausaufenthalt

- 1) Entlassungsschein in Original mit Angabe der Aufenthaltsdauer und der Diagnose
- 2) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland (*).

Day Hospital mit chirurgischem Eingriff

- 1) Krankengeschichte, aus der die Dauer des Aufenthaltes, 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.

Aufenthalt in einer gesundheitlichen Rehabilitationseinrichtung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Aufenthaltsdauer, der Art des durchgeführten Eingriffs, der Pathologie und der durchgeführten Behandlungen

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 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;

8.2 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.

Spezifische chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten

9.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten – Betreuung bei Krankenhauseinlieferung

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) einen nachstehend angeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts:
 - a) **40,00 (vierzig/00) Euro** für jeden Tag der Krankenhauseinlieferung;
 - b) **60,00 (sechzig/00) Euro** für jeden Tag der Krankenhauseinlieferung, wenn die Einlieferung in eine Krankenanstalt erfolgt, die im Ausland liegt.
- e) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.

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 20 Tagen in folgender Höhe zu:

- a) **60,00 (sechzig/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

Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e) f), g) und h) 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 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 8 und 9 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

10.1 Hauskrankenpflege

Das Mitglied hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **20,00 (zwanzig/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 10.1 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

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

10.2 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 **3.000,00 (dreitausend/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 10.2 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.

Bereich – Chirurgische Eingriffe

Augenärztliche chirurgische Eingriffe

11. Korrekturingriff mittels Ecimer-Laser

Wenn sich das Mitglied den nachstehend angeführten Laserbehandlungen oder Therapien unterzieht, so hat es Anspruch auf:

- a) **100 %** des entrichteten Beitrags des nationalen Gesundheitsdienstes (Ticket).
- b) **60 %** des Rechnungsbetrages, wobei der Höchstbetrag **1.200,00 Euro** (tausendzweihundert/00) beträgt, wenn der Eingriff privatmedizinisch bzw. privat in öffentlichen Krankeneinrichtungen durchgeführt wird.

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 11 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 im Original (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).

Bereich – Therapiezyklen

Therapiezyklen - Onkologische Behandlung

12. 1 Therapiezyklen

Dem Mitglied 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 zwei Zyklen pro Kalenderjahr anerkannt.

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

12.2 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 **40,00 (vierzig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 12 aufgeführten Unterstützungen

Therapiezyklen

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

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

13. Bestimmungen und Unterstützungsbeträge

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 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 Optometristen wird von der Ärztekommision der Gesellschaft nach eigenem unanfechtbarem Ermessen beurteilt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von vier 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 13 aufgeführten Unterstützungen

Brillengläser

- 1) *Verschreibung des Facharztes, aus der auch die Pathologie hervorgeht (für die Beantragung von Brillengläsern ist auch Höhe der Dioptrien anzugeben).*
- 2) *Ausgabenbelege in Original (Rechnung, Steuerquittung).*

Allgemeine Bestimmungen

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, und 13 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 1, 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 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, 8, 9, 10, 11, 12, und 13 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 „B“.

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

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

- **Kontakt**

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

§§§

Entwickelt von



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Vertrieben von

