



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge

Raiffeisen Gesundheitsfonds „Lebensmittelverarbeitung Industrie“

*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)*



Raiffeisen

Anlage zum
Reglement des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds
eingeführt von Mutual Help

Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge
Raiffeisen Gesundheitsfonds
„Lebensmittelverarbeitung Industrie“

Gültig ab 1. Januar 2015

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: 120,00 Euro

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsplan, lautend Raiffeisen Gesundheitsfonds „Lebensmittelverarbeitung Industrie“, 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 zur Basisleistung „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

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 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

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 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 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 **60,00 (sechzig/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, **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/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 Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3.1, 3.2, und 4 werden bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

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

Dem Mitglied werden für Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“ 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.

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) 50 % des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Die Rückvergütung für die Punkte 5.1 und 5.2 beträgt maximal **2.000,00 (zweitausend/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) 50 % 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 **1.000,00 (tausend/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 und im Tarifverzeichnis Bereich „A“ 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

Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen - spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen - Betreuung bei Krankenseinlieferung

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 **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** gewährt.

Spezifische chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten

7.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

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 krankenpflegerische 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 **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.

7.2 Betreuung bei Krankenseinlieferung (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 30 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 **12,00 (zwölf/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. Das Mitglied benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um ärztliche und/oder fachärztliche Therapien, Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen, Physiotherapien oder Rehabilitierungen durchzuführen.

Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die keinen Universitätsabschluss in Medizin und Chirurgie haben.

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.

Bereich – Therapiezyklen

Therapiezyklen - Onkologische Behandlung

9.1 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.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9.1 aufgeführten Unterstützungen

Therapiezyklen

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

9.2 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 **30,00 (dreißig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9.2 aufgeführten Unterstützungen

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 – Schwangerschaft - Risikoschwangerschaft - Mutterschaft

Schwangerschaft - Risikoschwangerschaft - Mutterschaft

Schwangerschaft

10.1 Zeitraum der Schwangerschaft

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

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit .

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.1 aufgeführten Unterstützungen

Schwangerschaft

- 1) Ausgabenbelege im Original von Ticket, Honorarnote, Rechnung/Steuerquittung;
- 2) Bescheinigung über den Stand der Schwangerschaft, ausgestellt vom Frauenarzt.

10.2 Abwesenheit wegen Risikoschwangerschaft

Das Mitglied mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das von der Arbeit wegen einer Risikoschwangerschaft abwesend ist, hat nach Überschreitung von 30 aufeinander folgenden Tagen und für die Abwesenheitstage nach dem 30. Tag Anspruch auf eine Unterstützung von **8,00 (acht/00) Euro** täglich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft.

Das Bestehen einer Risikoschwangerschaft muss durch entsprechende Bescheinigungen des Arbeitsgesundheitsinspektorats bewiesen werden, aus denen der Beginn der Risikoschwangerschaft und die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit hervorgehen.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.2 aufgeführten Unterstützungen

Risikoschwangerschaft

- 1) Bescheinigung des Arbeitsgesundheitsinspektorats über den Beginn der Risikoschwangerschaft und die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit;
- 2) Krankenkarteikarte oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.

11. Mutterschaft

Das Mitglied hat für sich selbst Anspruch auf eine Unterstützung von **60,00 (sechzig/00) Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthalts bis **maximal 10 Tagen** anlässlich einer Geburt, unabhängig vom Ausgang der Geburt und der Zahl der geborenen Kinder.

Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt nach der vierundzwanzigsten Schwangerschaftswoche erfolgt.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11 aufgeführten Unterstützungen

Mutterschaft

- 1) Krankenkarteikarte oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.
- 2) Bestätigung der Entlassung, aus der das Eingangsdatum und das Ausgangsdatum hervorgeht;

Bereich – Prothesen

Sehhilfen - Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

12. Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das Mitglied 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 oder 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 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 12 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).*

13. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Es werden **50%** des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von Euro **200,00** (zweihundert/00) im Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit, die Korrektur körperlicher Fehlbildungen gezahlt:

- Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- Schuheinlagen;
- Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmiuder, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- Hörgeräte;
- Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

Ausschlüsse

In der Kostenaufstellung müssen die Kosten der Prothesen und die Kosten der sanitären Hilfsmittel getrennt von eventuellen anderen Zusatzkosten aufgeführt werden.

Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 13 aufgeführten Unterstützungen

Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

- 1) *Analytische Dokumente im Original der getätigten Ausgaben für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel*

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



Vertrieben von

