



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Pacchetto aggiuntivo
all'assistenza sanitaria integrativa**

In caso di dubbio prevale il testo in lingua italiana

**Zusatzpaket zur
ergänzenden Gesundheitsvorsorge**

Im Zweifelsfall gilt der italienische Text

FAMILY (A04)

**REGOLAMENTO PRESTAZIONI
>> PACCHETTO-FAMILY <<**

**LEISTUNGSORDNUNG
>> FAMILY-PAKET <<**

Allegato

MH A04R ed 2023-11

Anlage

Dettagli di contatto

MUTUAL HELP SMS ETS
(Società di Mutuo Soccorso)
Via Raiffeisen 2/D
39100 Bolzano

Codice fiscale 94107200217

Tel. 0471 974 964

info@mutualhelp.eu
www.mutualhelp.eu

Kontaktdaten

MUTUAL HELP WHG KDS
(Wechselseitige Hilfsgesellschaft)
Raiffeisenstraße 2/D
39100 Bozen

Steuernummer 94107200217

Tel. 0471 974 964

info@mutualhelp.eu
www.mutualhelp.eu

In vigore dal 01.01.2024

Gültig ab 01.01.2024

Contributo associativo annuo		Jährlicher Mitgliedsbeitrag	
per un familiare	180,00 €	bei einem Familienmitglied	
per due familiari	360,00 €	bei zwei Familienmitgliedern	
per tre o più familiari	540,00 €	bei drei oder mehreren Familienmitgliedern	
Il pagamento del contributo associativo deve essere pagato entro un mese dalla richiesta di pagamento, pena la decadenza dal diritto ai sussidi.		Die Einzahlung des Mitgliedsbeitrags muss innerhalb eines Monats ab der Zahlungsaufforderung erfolgen, bei sonstiger Verwirkung des Rechts auf Erstattung.	

Chi può aderire al pacchetto-family?	Wer kann dem Family-Paket beitreten?
<p>Possono aderire - ed iscrivere i loro familiari - tutti i SOCI EFFETTIVI già iscritti e beneficiari di una prestazione o ad un pacchetto di prestazioni o a seguito di mutualità mediata o convenzione mutualistica gestito da Mutual Help SMS ETS (di seguito per brevità Mutual Help) - in conformità all'art. 1. Legge 3818 1886 e successive modifiche ed integrazioni.</p> <p>Si prega di consultare le CONDIZIONI GENERALI.</p>	<p>Beitreten - und ihre Familienmitglieder einschreiben - können alle EFFEKTIVEN MITGLIEDER, welche bereits in einer von Mutual Help WHG KDS (im Folgenden kurz Mutual Help) verwalteten Leistung oder einem Leistungspaket oder infolge einer Konvention auf Wechselseitigkeit eingeschrieben sind - gemäß Art. 1, Gesetz 3818/1886 und nachfolgende Änderungen.</p> <p>Es wird auf die ALLGEMEINEN BEDINGUNGEN verwiesen.</p>

Sommario	Inhaltsverzeichnis	
Dettagli di contatto Mutual Help	1	Kontaktdaten Mutual Help
Contributo associativo pacchetto aggiuntivo	2	Mitgliedsbeitrag Zusatzpaket
Regolamento delle prestazioni	3 - 11	Leistungsordnung
Condizioni generali	12 - 14	Allgemeine Bedingungen

Mutualità mediata con



Legge 3818 maggio 1886 e successive modifiche ed integrazioni

< 01 >

1. Prestazioni specialistiche sanitarie **PUBBLICHE**

1.1 Partecipazione alla spesa sanitaria (ticket)

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** fruiscano di prestazioni sanitarie presso il Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture sanitarie private di liberi professionisti operanti provvisoriamente in accreditamento di convenzione per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale o Provinciale, è riconosciuto un sussidio **pari al 100 % della partecipazione alla spesa sanitaria (ticket)**, a condizione che il documento fiscale riporti in modo inequivocabile la specifica prestazione sanitaria effettuata e la dicitura 'ticket'.

Il rimborso dei ticket è riconosciuto anche se le prestazioni sanitarie vengono effettuate al solo scopo di prevenzione.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket sanitario), che deve contenere necessariamente:
 - la prestazione sanitaria effettuata e
 - la dicitura 'ticket'.

Limiti sussidiabili

I sussidi di cui **all'area 01** sono riconosciuti **pari al 100 % della partecipazione alla spesa sanitaria (ticket)** e fino ad un **limite massimo di 1.000,00 (mille/00) €** per nucleo familiare e per anno solare.

1. Fachärztliche Gesundheitsleistungen **ÖFFENTLICH**

1.1 Kostenbeteiligung am Gesundheitsdienst (Ticket)

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten Gesundheitsleistungen, durchgeführt beim öffentlichen Gesundheitsbetrieb oder von freiberuflichen Ärzten, die vorübergehend für den regionalen oder provincialen Gesundheitsbetrieb arbeiten, eine Erstattung **in Höhe von 100 % für die Kostenbeteiligung am Gesundheitsdienst (Ticket)** anerkannt, unter der Bedingung, dass auf dem Steuerbeleg genauestens die durchgeführte Gesundheitsleistung und die Bezeichnung ‚Ticket‘ angeführt sind.

Die Erstattung für Tickets wird auch für Gesundheitsleistungen zu Vorsorgezwecken anerkannt.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Sanitätsticket), welcher notwendigerweise folgende Informationen enthalten muss:
 - die durchgeführte Gesundheitsleistung und
 - die Bezeichnung ‚Ticket‘.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im **Bereich 01** wird **in Höhe von 100 % für die Kostenbeteiligung am Gesundheitsdienst (Ticket)** bis zum **Höchstbetrag von 1.000,00 (tausend/00) €** je Familiengemeinschaft und je Kalenderjahr gewährt.

< 02 >

2. Prestazioni specialistiche sanitarie **PRIVATE**

2.1 Visite specialistiche

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** eseguano visite specialistiche presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50 % della spesa sostenuta con un massimo di 40,00 (quaranta/00) €** per visita per un **massimo di tre visite** per anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare in modo inequivocabile la specifica denominazione corretta del tipo di visita eseguita, e la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

2.2 Diagnostica strumentale

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** eseguano esami di diagnostica strumentale presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50 % della spesa sostenuta con un massimo di 40,00 (quaranta/00) €** per esame e per un **massimo di tre esami** per anno solare. Il documento fiscale dovrà riportare in modo inequivocabile la specifica denominazione corretta del tipo di esame diagnostico eseguito e la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

2. Fachärztliche Gesundheitsleistungen **PRIVAT**

2.1 Fachärztliche Visiten

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten fachärztlichen Visiten, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflicher Arzttätigkeit innerhalb von öffentlichen Krankenhäusern, eine Erstattung von **50 % der Spesen bis zu einem Höchstbetrag von 40,00 (vierzig/00) €** je Untersuchung und für **maximal drei Visiten** je Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss zweifelsfrei die genaue Bezeichnung der durchgeführten Visiten enthalten, und die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

2.2 Instrumentelle Diagnostik

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten instrumentell-diagnostischen Untersuchungen, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflicher Arzttätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern, eine Erstattung von **50 % der Spesen bis zu einem Höchstbetrag von 40,00 (vierzig/00) €** je Untersuchung und für **maximal drei Untersuchungen** je Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss zweifelsfrei die genaue Bezeichnung der durchgeführten diagnostischen Untersuchung enthalten, und die entsprechen-

den Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

2.3 Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

Al socio, **nel caso in cui un suo familiare** esegua esami di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione (elencate nell' **Allegato C**) presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50 %** della spesa sostenuta per un **massimo di 100,00 (cento/00) € per esame**.

Il documento fiscale dovrà riportare in modo inequivocabile la specifica denominazione corretta del tipo di esame diagnostico eseguito, e la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

2.4 Esami di laboratorio

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** eseguano esami di laboratorio presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) €** per documento fiscale e con un **massimo di tre documenti fiscali** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare in modo inequivocabile la specifica denominazione corretta del tipo di esame eseguito, e la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

Limiti sussidiabili

I sussidi di cui **all'area 02** sono concessi per spese documentate fino ad un **limite massimo di 400,00 (quattrocento/00) €** per nucleo familiare e per anno solare.

2.3 Instrumentelle Hochdiagnostik und -spezialisierung

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten instrumentell-hochdiagnostischen Untersuchungen (welche in **Anlage C** aufgelistet sind), durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflicher Arzttätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern, eine Erstattung von **50 %** der Spesen bis **maximal 100,00 (hundert/00) €** je Untersuchung anerkannt.

Der Steuerbeleg muss zweifelsfrei die genaue Bezeichnung der durchgeführten diagnostischen Untersuchung enthalten, und die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

2.4 Laboruntersuchungen

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten Laboruntersuchungen, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflicher Arzttätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern, eine Erstattung von **50 %** der Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) €** je Steuerbeleg und **maximal drei Steuerbelege** je Kalenderjahr anerkannt.

Der Steuerbeleg muss zweifelsfrei die genaue Bezeichnung der durchgeführten Untersuchung enthalten, und die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im **Bereich 02** wird für dokumentierte Spesen bis zum **Höchstbetrag von 400,00 (vierhundert/00) €** je Familiengemeinschaft und je Kalenderjahr gewährt.

< 05 >

5. Prestazioni specialistiche odontoiatriche

5.1 Prestazioni specialistiche odontoiatriche effettuate presso strutture convenzionate

Per accedere alle prestazioni specialistiche odontoiatriche in strutture convenzionate, il socio dovrà presentare alla relativa struttura la conferma di iscrizione al fondo sanitario integrativo, che può essere stampata tramite il portale online e sulla quale sono elencati i familiari aventi diritto.

Il sussidio può essere richiesto nel rispetto dei limiti temporali indicati per ogni prestazione.

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** effettuino delle prestazioni di specialistica odontoiatrica presso strutture convenzionate, vengono riconosciute le seguenti spese sostenute **per il nucleo familiare**:

- a) per radiografie endorali, OPT, telecranio, dental-scan, altri esami diagnostici del cavo orale, il **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) €** per anno solare;

5. Zahnärztliche Facharztleistungen

5.1 Zahnärztliche Facharztleistungen durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen

Um die zahnärztlichen Facharztleistungen bei einer vertragsgebundenen Struktur in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der Struktur die Einschreibebestätigung zum ergänzenden Gesundheitsfonds vorweisen, welche über das Onlineportal ausgedruckt werden kann, und auf welcher die anspruchsberechtigten Familienmitglieder aufgelistet sind.

Die Erstattung kann für jede einzelne Leistung unter Berücksichtigung der zeitlichen Fristen beantragt werden.

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle von beanspruchten zahnärztlichen Facharztleistungen, durchgeführt **bei vertragsgebundenen Strukturen**, folgende Spesen **für die Familiengemeinschaft** anerkannt:

- a) für endorale Röntgenaufnahmen, OPT, Telecranium, Dental-Scan, anderer digitaler Aufnahmen der Mundhöhle, **50 %** der Spesen und maximal **40,00 (vierzig/00) €** je Kalenderjahr;
- b) für die einfache oder komplexe Füllung auf einer oder

- b) per otturazione semplice o complessa di una o più superfici, compresa la ricostruzione del dente, il **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) €** e per un **solo elemento** per anno solare;
- c) per trattamento endodontico monocalare o pluricalare, il **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) €** e per un **solo elemento** per anno solare;
- d) per estrazione chirurgica di dente o radice, il **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) €** per elemento e per un **massimo di tre avulsioni** per anno solare;
- e) per incisione di ascesso e medicazioni successive, il **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/ 00) €** per intervento e per un **massimo di due interventi** per anno solare.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

Per ottenere un contributo per le spese sostenute devono essere presentate:

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale), il quale deve contenere:
 - i codici assegnati alle prestazioni,
 - le prestazioni odontoiatriche effettuate,
 - il costo sostenuto; la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Nel caso in cui i codici assegnati alle prestazioni non siano presenti sulla fattura, deve essere allegata la scheda di piano terapeutico contenente i codici, la descrizione delle cure effettuate di cui ai punti precedenti a), b), c), d) ed e) e la relativa spesa sostenuta.

Preventivi di spesa nonché richieste di acconti non vengono presi in considerazione. Il sussidio può essere richiesto solo a cura terminata.

5.2 Prestazioni specialistiche odontoiatriche effettuate in strutture sanitarie pubbliche

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** si avvalgano di strutture di odontostomatologia operanti presso il Servizio Sanitario Nazionale, vengono riconosciute le seguenti spese sostenute **per il nucleo familiare**:

- a) **100 %** della partecipazione alla spesa sanitaria (ticket);
- b) **50 %** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nella fattura/ricevuta fiscale.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

Limiti sussidiabili

I sussidi di cui **all'area 05, punti 5.1 e 5.2** vengono riconosciuti fino ad un **limite massimo di 400,00 (quattrocento/00) €** per nucleo familiare e per anno solare.

5.3 Prestazioni specialistiche di ortodonzia eseguite presso strutture dentistiche convenzionate

Per accedere alle prestazioni specialistiche ortodonzia in strutture convenzionate, il socio dovrà presentare alla relativa struttura la conferma di iscrizione al fondo sanitario integrativo, che può essere stampata tramite il portale online e sulla quale sono elencati i familiari aventi diritto.

Il sussidio può essere richiesto nel rispetto dei limiti temporali indicati per ogni prestazione.

mehreren Flächen inklusive der Rekonstruktion des Zahnes, **50 %** der Spesen und maximal **40,00 (vierzig/00) €** für **einen Zahn** je Kalenderjahr;

- c) für die Wurzelbehandlung von Zähnen mit einem oder mehreren Kanälen, **50 %** der Spesen und maximal **40,00 (vierzig/00) €** für **einen Zahn** je Kalenderjahr;
- d) für chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel, **50 %** der Spesen und maximal **40,00 (vierzig/00) €** je Zahn und bis **maximal drei Extraktionen** je Kalenderjahr;
- e) für die Inzision aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung, **50 %** der Spesen und maximal **40,00 (vierzig/00) €** je Eingriff und für **maximal zwei Eingriffe** je Kalenderjahr.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

Um eine Rückvergütung der Spesen zu erhalten, muss Folgendes eingereicht werden:

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung), welcher folgende Informationen enthalten muss:
 - die Kodexe der entsprechenden Leistungen,
 - die Art der durchgeführten zahnärztlichen Leistung,
 - die bezahlten Kosten; die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Sollten die Kodexe der Leistungen nicht auf der Rechnung angegeben sein, muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte zahnärztliche Datenblatt, auf welchem die Kodexe, die durchgeführten Behandlungen, gemäß der vorhergehenden Punkte a), b), c), d) und e), und die Kosten vermerkt sind, beigelegt werden.

Kostenvoranschläge sowie Anfragen für Vorauszahlungen werden nicht berücksichtigt. Die Erstattung kann erst nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

5.2 Zahnärztliche Facharztleistungen durchgeführt beim öffentlichen Gesundheitsdienst

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle der Beanspruchung der Odontostomatologie-Struktur des staatlichen Gesundheitsdienstes folgende Spesen **für die Familiengemeinschaft** anerkannt:

- a) **100 %** der Kostenbeteiligung am Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** der Spesen für die in der Rechnung oder Steuerquittung angeführten Leistungen.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im **Bereich 05, Punkte 5.1 und 5.2** wird bis zum **Höchstbetrag von 400,00 (vierhundert/00) €** je Familiengemeinschaft und je Kalenderjahr gewährt.

5.3 Kieferorthopädische Facharztleistungen durchgeführt bei vertragsgebundenen Zahnarztstrukturen

Um eine kieferorthopädische Facharztleistungen bei einer vertragsgebundenen Struktur in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der Struktur die Einschreibebestätigung zum ergänzenden Gesundheitsfonds vorweisen, welche über das Onlineportal ausgedruckt werden kann, und auf welcher die anspruchsberechtigten Familienmitglieder aufgelistet sind.

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** effettuino prestazioni di ortodonzia **presso strutture dentistiche convenzionate**, sono corrisposte - **fino ad un limite massimo di 1.000,00 (mille/00) € per nucleo familiare e per anno solare** - le seguenti prestazioni ed importi:

Die Erstattung kann für jede einzelne Leistung unter Berücksichtigung der zeitlichen Fristen beantragt werden. Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle der Beanspruchung der Kieferorthopädie, durchgeführt **bei vertragsgebundenen Zahnarztstrukturen**, - **bis zu einem Höchstbetrag von 1.000,00 (tausend/00) € je Familiengemeinschaft und Kalenderjahr** - folgende Leistungen und Beträge anerkannt:

Codice Kodex	Prestazioni specialistiche odontoiatriche ORTODONZIA	Zahnärztliche Facharztleistungen KIEFERORTHOPÄDIE	Importo Betrag
H01	Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio.	Kieferorthopädische Untersuchung (erste Visite) einschließlich Abdruck für Studienmodelle.	12,00 €
H02	Trattamento ortodontico per adolescenti, compresa apparecchiatura fissa, mobile o funzionale incluso H01; sussidiabile una volta per anno (fattura complessiva con le spese di tutto l'anno) per un massimo di due anni e non ripetibile; se trattamento ortodonzia intercettiva massimo un anno e non ripetibile; non cumulabile con H03. Alla prestazione H02 viene applicata un periodo di carenza di un anno , calcolato a partire dal mese di iscrizione al pacchetto-family, ed il sussidio viene erogato per un massimo di due anni solari . L'importo indicato è da intendersi per persona e anno solare.	Jugendliche kieferorthopädische Behandlung, mit fixer, abnehmbarer oder funktioneller Spange inklusive H01; einmal im Jahr erstattbar (Sammelrechnung mit den gesamten jährlichen Kosten) für maximal zwei Jahre und nicht wiederholbar; bei interzeptiver Kieferorthopädie-Behandlung maximal ein Jahr und nicht wiederholbar; nicht kumulierbar mit H03. Bei der Leistung H02 wird eine Karenzzeit von einem Jahr angewandt , berechnet ab dem Monat der Einschreibung ins Family-Paket, und die Erstattung wird für maximal zwei Kalenderjahre gewährt. Der angegebene Höchstbetrag gilt je Person und Kalenderjahr.	250,00 €
H03	Trattamento ortodontico adulto, compresa apparecchiatura fissa, mobile o funzionale inclusivo H01; sussidiabile una volta per anno (fattura complessiva con le spese di tutto l'anno) per un massimo di due anni e non ripetibile; non cumulabile con H02. Alla prestazione H03 viene applicata un periodo di carenza di un anno , calcolato a partire dal mese di iscrizione al pacchetto-family ed il sussidio viene erogato per un massimo due anni solari . L'importo indicato è da intendersi per persona e anno solare.	Erwachsene kieferorthopädische Behandlung mit fixer, abnehmbarer oder funktioneller Spange inklusive H01; einmal im Jahr erstattbar (Sammelrechnung mit den gesamten jährlichen Kosten) für maximal zwei Jahre und nicht wiederholbar; nicht kumulierbar mit H02. Bei der Leistung H03 wird eine Karenzzeit von einem Jahr angewandt , berechnet ab dem Monat der Einschreibung ins Family-Paket, und die Erstattung wird für maximal zwei Kalenderjahre gewährt. Der angegebene Betrag gilt je Person und Kalenderjahr.	250,00 €
H04	Bite notturno (apparecchiatura mobile).	Nacht-Bite (abnehmbare Zahnspange).	80,00 €
H05	Terapia ortodontica di mantenimento; l'importo indicato è da intendersi come limite annuo ed il sussidio viene erogato per un massimo di due anni solari.	Kieferorthopädische Therapie zur Stabilisierung der Therapieergebnisse; der angegebene Betrag gilt als Höchstbetrag je Kalenderjahr und die Erstattung wird für maximal zwei Kalenderjahre gewährt.	60,00 €
H06	Trattamento del morso inverso col disgiuntore.	Behandlung des Kreuzbisses mit festsitzender Gaumennahterweiterungsapparatur.	500,00 €
H07	Trattamento della progenia col disgiuntore e maschera di Delaire.	Behandlung der Progenie mit der Gaumennahterweiterungsapparatur und Delaire Maske.	600,00 €

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

Nota: Le prestazioni ortodontiche che superano l'anno devono essere presentate annualmente, con regolare documento di spesa relativo alla prestazione ortodontica.

Per ottenere i sussidi per le spese sostenute di **prestazioni ortodontiche** devono essere presentate:

- Dichiarazione del dentista contenente la data dell'inizio e della fine della cura ortodontica.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

Hinweis: Die Erstattung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten beantragt werden.

Um Erstattungen für Spesenausgaben der **Leistungen der Kieferorthopädie** zu erhalten, muss Folgendes eingereicht werden:

- Erklärung des Zahnarztes über das Datum des Beginns und des Endes der kieferorthopädischen Behandlung.

- Copia del documento fiscale pagato (fattura, ricevuta fiscale), il quale deve contenere:
 - i codici assegnati alle prestazioni,
 - le prestazioni odontoiatriche effettuate,
 - il costo sostenuto; la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Nel caso in cui i codici assegnati alle prestazioni non siano presenti sulla fattura, deve essere allegata la scheda dati del piano di cura redatto dallo studio odontoiatrico, contenente i codici, la descrizione delle cure effettuate di cui al punto 5.3 e la relativa spesa sostenuta.

Possono essere richiesti referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali (anche in formato digitale), effettuati prima dell'inizio della cura.

Richieste di acconti non vengono prese in considerazione, ad eccezione del trattamento ortodontico (Ho2/Ho3) contenuto nella branca 'Ortodonzia'.

Non sono riconosciute prestazioni che non siano quelle codificate ed elencate nel punto 5.3 nonché somme in denaro superiori a quelle previste nel tariffario.

Limiti sussidiabili

I sussidi di cui all'area 05, punto 5.3 vengono riconosciuti fino ad un limite massimo di 1.000,00 (mille/00) € per nucleo familiare e per anno solare.

5.4 Prestazioni specialistiche odontoiatriche a seguito di infortunio

Al socio, nel caso di infortunio di un suo familiare, viene riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- a) 100 % della partecipazione alla spesa sanitaria (ticket);
- b) 50 % della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale;

a condizione della presentazione di apposita documentazione medica di struttura pubblica di pronto soccorso o dentista, attestante la perdita/lesione degli elementi dentari in seguito all'infortunio.

Il sussidio è riconosciuto anche se le prestazioni odontoiatriche vengono effettuate presso strutture non convenzionate.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Verbale del pronto soccorso attestante l'infortunio con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare.
- Certificato medico attestante inequivocabile l'infortunio con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare.

Limiti sussidiabili

I sussidi di cui all'area 05, punto 5.4 vengono riconosciuti per il nucleo familiare fino ad un limite massimo di 1.000,00 (mille/00) € per infortunio e per anno solare.

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Rechnung, Steuerquittung), welcher folgende Informationen enthalten muss:
 - Die Kodexe der entsprechenden Leistungen,
 - die Art der durchgeführten zahnärztlichen Leistung,
 - die bezahlten Kosten; die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Sollten die Kodexe der Leistungen nicht auf der Rechnung angegeben sein, muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte zahnärztliche Datenblatt, auf welchem die Kodexe, die durchgeführten Behandlungen gemäß dem Punkt 5.3 und deren Kosten angeführt sind, beigelegt werden.

Bei Bedarf können Panoramaaufnahmen, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) angefordert werden, durchgeführt vor dem Beginn der Behandlung.

Anfragen für Vorauszahlungen werden nicht berücksichtigt, mit Ausnahme der kieferorthopädischen Behandlungen (Ho2/Ho3) enthalten im Bereich 'Kiefer-orthopädie'.

Leistungen, die nicht im Punkt 5.3 angeführt sind, sowie Geldsummen, die die vorgegebenen Beträge laut Tarifverzeichnis überschreiten, werden nicht anerkannt.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im Bereich 05, Punkt 5.3 wird bis zum Höchstbetrag von 1.000,00 (tausend/00) € je Familiengemeinschaft und je Kalenderjahr gewährt.

5.4 Zahnärztliche Facharztleistungen infolge eines Unfalls

Dem Mitglied werden für seine Familienmitglieder infolge eines Unfalls, folgende Erstattung anerkannt:

- a) 100 % des Beitrags am Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) 50 % der Spesen für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind;

unter der Voraussetzung, eine entsprechende medizinische Dokumentation der Erste-Hilfe-Einrichtung einer öffentlichen Struktur oder eines Zahnarztes vorzulegen, die den Verlust/die Verletzung der Zahnelemente infolge eines Unfalls bescheinigt. Die Erstattung wird auch dann anerkannt, wenn die zahnärztlichen Facharztleistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Struktur durchgeführt werden.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Bericht der Ersten Hilfe, die den Unfall mit Angabe der zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen bescheinigt.
- Ärztliches Attest, das zweifelsfrei den Unfall belegt, mit Angabe der durchzuführenden zahnärztlichen Leistungen.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im Bereich 05, Punkt 5.4 wird für die Familiengemeinschaft bis zum Höchstbetrag von 1.000,00 (tausend/00) € je Unfall und je Kalenderjahr gewährt.

< 08 >

8. Area Ospedaliera

8.1 Interventi chirurgici effettuati presso strutture sanitarie PRIVATE

8. Krankenhausbereich

8.1 Chirurgische Eingriffe durchgeführt bei PRIVATEN Heilanstalten

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** siano sottoposti ad un intervento chirurgico – **intendendo come tale ogni intervento compreso nell'elenco degli interventi chirurgici sussidiabili Allegato A** - presso strutture sanitarie private o strutture pubbliche operanti in regime di libera professione intramuraria, spetta un sussidio fino al raggiungimento massimo della somma, indicata nel allegato A- fascia-A, quale rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relativamente agli interventi chirurgici come di seguito riportato:

- a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio e resi necessari per l'intervento stesso, effettuati **nei 120 giorni precedenti** il ricovero;
- b) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- c) diritti di sala operatoria;
- d) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- e) retta di degenza;
- f) assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- g) prelievo di organi o parti di essi; ricoveri relativi al donatore e agli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- h) visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, resi necessari dall'intervento stesso ed effettuati **nei 120 giorni successivi** la data di dimissione dal ricovero per l'intervento.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia della cartella clinica* completa di anamnesi e tipo di intervento effettuato.
- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

8.2 Interventi chirurgici effettuati presso strutture sanitarie **PUBBLICHE**

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** siano sottoposti ad un intervento chirurgico - **intendendo come tale ogni intervento compreso nell'elenco degli interventi chirurgici sussidiabili Allegato A** - presso strutture sanitarie pubbliche, spetta un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100 %** della spesa sostenuta per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio, resi necessari per l'intervento stesso per un **limite massimo di 1.000,00 (mille/00) €** per intervento, effettuati **nei 120 giorni precedenti dal ricovero** per l'intervento;
- b) **100 %** della spesa sostenuta per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, resi necessari dall'intervento stesso per un **limite massimo di 1.000,00 (mille/00) €** per intervento, effettuati **nei 120 giorni successivi la data di dimissione dal ricovero** per l'intervento;
- c) **80 %** della spesa sostenuta per il trasporto del malato con mezzo sanitario in Italia o all'Estero con un limite massimo di **2.000,00 (duemila/00) €**, con successivo intervento chirurgico.

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle von chirurgischen Eingriffen - **entsprechend denen im Verzeichnis der anerkannten chirurgischen Eingriffe (Anlage A) enthaltenen Eingriffe** - durchgeführt in privaten Strukturen oder von freiberuflicher Arzttätigkeit innerhalb von öffentlichen Krankenhäusern, Erstattungen für die effektiv ausgegebenen Spesen anerkannt, u. z. bis zur Erreichung der Höchstgrenze gemäß Anhang A - Bereich-A und für nachfolgend dokumentierter Gesundheitsleistungen:

- a) Fachärztliche, diagnostische und Laboruntersuchungen, die für den Eingriff selbst notwendig sind, in den **120 Tagen vor** der stationären Aufnahme;
- b) Honorare der Chirurgen, Anästhesisten und der sonstigen am Eingriff mitwirkenden Personen;
- c) Gebühren des Operationssaals;
- d) die während des Eingriffes verwendeten Materialien, inklusive therapeutischen Behandlungen und Prothesen;
- e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt;
- f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der stationären Behandlung aufgrund des Eingriffes durchgeführt worden sind;
- g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Organspenders und diagnostische Untersuchungen, ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgischer Eingriff zur Entnahme der Organe, Pflegebehandlungen, Medikamente und Aufenthaltsgebühren;
- h) fachärztliche, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten, die durch den Eingriff selbst erforderlich sind, in den **120 Tagen nach** dem Datum der Entlassung infolge des Eingriffes.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie der Krankengeschichte* mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffes.
- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

8.2 Chirurgische Eingriffe durchgeführt bei **ÖFFENTLICHEN** Heilanstalten

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle von chirurgischen Eingriffen - **entsprechend denen im Verzeichnis der anerkannten chirurgischen Eingriffe Anlage A enthaltenen Eingriffe** - durchgeführt in öffentlichen Heilanstalten, nachfolgende Erstattungen anerkannt:

- a) **100 %** der entrichteten Spesen für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Laboruntersuchungen, die für den Eingriff selbst erforderlich sind, bis zur **Höchstgrenze von 1.000,00 (tausend/00) €** je Eingriff, in den **120 Tagen vor der stationären Aufnahme**;
- b) **100 %** der entrichteten Spesen für fachärztliche, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf oder Miete von Prothesen und Sanitätsgeräten, bis zur **Höchstgrenze von 1.000,00 (tausend/00) €** je Eingriff, in den **120 Tagen nach dem Datum der Entlassung**;
- c) **80 %** der Transportkosten für Krankentransport mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Fahrzeug in Italien oder im Ausland bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zwei tausend/00) €**, mit darauffolgendem chirurgischem Eingriff.

8.3 Indennità sostitutiva di ricovero per interventi chirurgici effettuati in strutture sanitarie PUBBLICHE

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** siano sottoposti ad un intervento chirurgico - **intendendo come tale ogni intervento compreso nell'elenco degli interventi chirurgici sussidiabili Allegato A** - presso strutture sanitarie pubbliche, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero fino ad un **massimo di 20 giorni** per ogni intervento come di seguito riportato:

- a) **40,00 (quaranta/00) €** giornalieri per ricoveri in Italia;
- b) **60,00 (sessanta/00) €** giornalieri per ricovero all'Estero.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia della cartella clinica* completa di anamnesi e tipo di intervento effettuato.
- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.

8.3 Ersatztagegeld für Krankenhausaufenthalt für chirurgische Eingriffe in ÖFFENTL. Heilanstalten

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** im Falle von chirurgischen Eingriffen - **entsprechend denen im Verzeichnis der anerkannten chirurgischen Eingriffe Anlage A enthaltenen Eingriffe** - durchgeführt in öffentlichen Heilanstalten, eine Erstattung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer **Höchstdauer von 20 Tagen** in folgender Höhe anerkannt:

- a) **40,00 (vierzig/00) €** je Tag des stationären Aufenthalts in einer Heilanstalt in Italien;
- b) **60,00 (sechzig/00) €** je Tag des stationären Aufenthalts in einer Heilanstalt im Ausland.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie der Krankengeschichte* mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs;
- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.

< 10 >

10. Oculistica

10.1 Lenti

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** sostengano spese per l'acquisto di due lenti da vista (inclusa montatura) o due lenti a contatto annuali, viene corrisposto un sussidio pari al **50 %** del documento fiscale **fino ad un massimo di 100,00 (cento/00) €**. Il sussidio spetta per persona e comunque, **solo una volta ogni quattro anni solari**.

Il rimborso viene concesso a seguito della prescrizione da parte del medico specialista o attestato dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto. Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo.

Successivamente alla prima volta il sussidio spetta ogni due anni solari a condizione, accertata dal medico specialista o dell'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Copia della prescrizione del medico specialista o attestato dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo (diottrie). Verrà ritenuta valida la prescrizione del medico specialista o l'attestato dell'ottico optometrista, emessi nello stesso anno di acquisto delle lenti.

10. Augenheilkunde

10.1 Sehhilfen

Dem Mitglied werden **für seine Familienmitglieder** für angefallene Kosten für jedes Paar Brillengläser (inklusive Fassung) oder jedes Paar Jahreskontaktlinsen, eine Erstattung von **50 %** des Steuerbelegs und bis zu einem **Höchstbetrag von 100,00 (hundert/00) €** anerkannt. Die Erstattung wird je Person und jedenfalls in einem **Zeitraum von vier Jahren nur einmal** gewährt.

Voraussetzung für die Erstattung ist die Verschreibung eines Facharztes oder der Nachweis des Optikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien. Nicht anerkannt werden Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind.

Nach dem ersten Mal besteht Anspruch auf Erstattung alle zwei Kalenderjahre, sofern der Facharzt oder Optiker feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Kopie der Verschreibung des Facharztes oder der Nachweis des Optikers, aus der die Pathologie und die Höhe der Dioptrien hervorgehen. Gültig ist die Verschreibung des Facharztes oder der Nachweis des Optikers, welche im selben Jahr des Ankaufs der Sehhilfen ausgestellt wurden.

< 11 >

11. Protesica

11.1 Protesi e presidi sanitari

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** sostengano spese per l'acquisto o noleggio di protesi o presidi sanitari di seguito

11. Prothesen

11.1 Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** für angefallenen Kosten für den Ankauf oder die Ausleihe der nachstehend angeführten Prothesen oder sanitären Hilfsmittel, eine

elencati, è riconosciuto un sussidio pari al **50 %** con un **limite massimo di 200,00 (duecento/00) € per anno solare**:

- a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) ortesi plantari, ortesi digitali;
- d) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggi spalle, collari, minerve;
- e) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- f) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- g) protesi acustiche;
- h) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- i) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- j) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, max. due per anno solare;
- k) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- l) protesi oculare.

La necessità di protesi o presidi sanitari riportati in elenco deve essere **certificata da prescrizione medica** che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.

Esclusioni

Non vengono rimborsati i costi degli elementi non contenuti nell'elenco al precedente paragrafo nonché eventuali costi aggiuntivi come, ad esempio, le pile per il funzionamento, le riparazioni, i materiali d'uso.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Copia della prescrizione del medico specialista contenente la descrizione della patologia ed il tipo di protesi o presidio sanitario.

La documentazione dovrà riportare in modo inequivocabile la specifica denominazione corretta della patologia e il tipo dei protesi o presidi sanitari.

Erstattung in der Höhe von **50 %** und bis zur **Höchstgrenze von 200,00 (zwei hundert/00) € je Kalenderjahr** anerkannt:

- a) Stützgeräte für untere Gliedmaßen: für Fußgelenk, für Beine, für Knie und Hüfte;
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte;
- c) Schuheinlagen, digitale Orthesen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmieler, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, max. zwei je Kalenderjahr;
- k) Physiognomische Prothesen: externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen;
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Prothesen und sanitären Hilfsmitteln muss durch eine **ärztliche Verschreibung** bestätigt werden, die auch die entsprechende Pathologie und die notwendige Nutzung dokumentiert.

Ausschlüsse

Nicht erstattet werden die Kosten für Gegenstände, die im vorstehenden Absatz nicht aufgeführt sind, sowie alle zusätzlichen Kosten wie z. B. Batterien für den Gerätebetrieb, Reparaturen, Gebrauchsmaterial.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Kopie der Verschreibung des Facharztes mit Beschreibung der Pathologie und der Art der Prothese oder des sanitären Hilfsmittels.

In der Dokumentation muss zweifelsfrei die genaue Bezeichnung der Pathologie und der Art Prothesen oder sanitären Hilfsmittel angeführt werden.

< 15 >

15. Cure

15.1 Trattamenti fisioterapici

Al socio, **nel caso in cui i suoi familiari** vengano sottoposti a trattamenti fisioterapici e di osteopatia, viene riconosciuto un sussidio pari al **50 %** della spesa sostenuta fino ad un **limite massimo di 100,00 (cento/00) € per anno solare**.

Il sussidio è riconosciuto per trattamenti fisioterapici effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

15. Kuren

15.1 Physiotherapeutische Behandlungen

Dem Mitglied wird **für seine Familienmitglieder** im Falle der Beanspruchung von physiotherapeutischen und osteopathischen Behandlungen, eine Erstattung in Höhe von **50 %** der Spesen bis zur **Höchstgrenze von 100,00 (hundert/00) € je Kalenderjahr** gewährt. Erstattungen werden für Behandlungen anerkannt, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflicher Arztstätigkeit innerhalb von öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Copia della prescrizione del medico specialista contenente la descrizione della patologia.

15.2 Cure oncologiche

Al socio, nel caso in cui i suoi familiari siano sottoposti ambulatorialmente, in Day Hospital o durante un ricovero ospedaliero, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche o per cure oncologiche, spetta per **ogni giorno di trattamento** un sussidio di **30,00 (trenta/00) €**.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

Il certificato dell'ospedale nel quale sono indicati tutti i giorni del trattamento ed il tipo di terapia praticata.

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Kopie der Verschreibung des Facharztes mit Beschreibung der Pathologie.

15.2 Onkologische Behandlungen

Dem Mitglied wird für seine Familienmitglieder, die sich ambulant, in einem Day Hospital oder während eines stationären Aufenthalts einer Strahlentherapie u/o Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterziehen, eine Erstattung von **30,00 (dreißig/00) € für jeden Behandlungstag** anerkannt.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

Bescheinigung der Heilanstalt, in der die Behandlungstage sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.

< 30 >

30. Gravidanza e Maternità

30.1 Gravidanza

Al socio, nel caso in cui i suoi familiari sostengano spese durante il periodo di gravidanza certificato, è riconosciuto un sussidio per visite specialistiche ginecologiche e/o per esami di analisi clinico-chimiche e/o le ecografie in misura del **50 %** della spesa sostenuta con un massimo di **50,00 (cinquanta/00) € per ogni prestazione**.

Limiti sussidiabili

Il sussidio di cui all'area 30 viene riconosciuto fino ad un limite massimo di **100,00 (cento/00) €** per gravidanza.

Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio

- Copia del documento fiscale pagato (ticket, fattura, ricevuta fiscale); la relativa spesa dovrà essere indicata separatamente da ogni altro costo di spesa.
- Certificazione rilasciata dal medico ginecologo attestante lo stato di gravidanza.

30. Schwangerschaft und Mutterschaft

30.1 Schwangerschaft

Dem Mitglied wird für seine Familienmitglieder für Spesen für **fachärztliche gynäkologische Visiten** und/oder für klinisch-chemischen Analysen und/oder für Echographien, durchgeführt im Zeitraum der Schwangerschaft, eine Erstattung im Ausmaß von **50 %** der Spesen bis zu einer Höchstgrenze von **50,00 (fünfzig/00) €** je Leistung gewährt.

Erstattbarer Höchstbetrag

Die Erstattung im Bereich 30 wird bis zur Höchstgrenze von **100,00 (hundert/00) €** je Schwangerschaft gewährt.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente

- Kopie des bezahlten Steuerbelegs (Ticket, Rechnung, Steuerquittung); die entsprechenden Spesen müssen getrennt von jeglichen anderen Kosten angeführt werden.
- Bescheinigung über die Schwangerschaft, ausgestellt vom Gynäkologen.



CONDIZIONI GENERALI

A) Modalità di adesione e ,aventi diritto'

Possono aderire - ed iscrivere i loro familiari - tutti i SOCI EFFETTIVI già iscritti e beneficiari di una prestazione o ad un pacchetto di prestazioni o a seguito di mutualità mediata o convenzione mutualistica gestito da Mutual Help SMS ETS - in conformità all'art. 1. Legge 3818/1886 e successive modificazioni ed integrazioni.

La domanda di adesione può essere fatta nel primo mese di adesione del SOCIO EFFETTIVO o in alternativa nel mese di novembre di ogni anno.

Per FAMILIARI si intende quanto previsto al punto 2.1 del regolamento applicativo allo statuto di Mutual Help.

In caso di adesione al PACCHETTO-FAMILY, il socio è obbligato ad iscrivere tutti i componenti del nucleo familiare, e più precisamente:

- i figli fino al venticinquesimo anno - salvo presentazione di una conferma valida d'iscrizione ad un altro fondo sanitario integrativo,
- i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere un'attività lavorativa,
- il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano o la persona dello stesso sesso con la quale il socio ha costituito un'unione civile definita tale dallo Stato italiano o il convivente di fatto del socio - salvo presentazione di una conferma valida d'iscrizione ad un altro fondo sanitario integrativo.

Gli iscritti al PACCHETTO-FAMILY - salvo l'iscrizione in conformità alle regole definite nel presente regolamento prestazioni ed il pagamento effettuato del contributo associativo previsto - raggiungono lo stato di 'aventi diritto' al fine di poter godere dei diritti ai sussidi e alle prestazioni.

Documentazione necessaria per l'iscrizione al PACCHETTO-FAMILY:

- modulo domanda di adesione,
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà,
- copia dello stato di famiglia,
- copia codice fiscale dei familiari,
- copia carta d'identità dei familiari.

B) Variazione dati del nucleo familiare

Nel caso di variazione della composizione familiare e/o del carico fiscale questo dovrà essere notificato a Mutual Help entro 60 giorni dall'avvenuta variazione, pena la decadenza dal diritto ai sussidi. La Società si riserva il diritto di poter richiedere, in ogni circostanza, la presentazione di tutta la documentazione che ritiene opportuna a conferma di quanto dichiarato dal socio.

C) Durata di iscrizione

La durata dell'iscrizione al PACCHETTO-FAMILY è strettamente connessa e collegata alla durata dell'iscrizione alla prestazione o al pacchetto di prestazioni del SOCIO EFFETTIVO e comunque obbligatoria finché i familiari soddisfino i requisiti per l'iscrizione al PACCHETTO-FAMILY ai sensi del presente regolamento prestazioni.

D) Pagamento del contributo

Con la sottoscrizione della domanda di adesione al PACCHETTO-FAMILY, il socio si impegna a versare il contributo annuale

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

A) Beitrittsmodalitäten und ,Anspruchsberechtigte'

Beitreten - und ihre Familienmitglieder einschreiben - können alle EFFEKTIVEN MITGLIEDER, welche bereits in einer von Mutual Help WHG KDS verwalteten Leistung oder einem Leistungspaket oder infolge einer Konvention auf Wechselseitigkeit eingeschrieben und begünstigt sind - gemäß Art. 1, Gesetz 3818/1886 und nachfolgende Änderungen.

Das Beitrittsgesuch kann im ersten Monat des Beitritts des EFFEKTIVEN MITGLIEDS oder im Monat November jeden Jahres gestellt werden.

Als FAMILIENMITGLIEDER gelten jene gemäß Punkt 2.1 der Geschäftsordnung zur Satzung von Mutual Help.

Im Falle eines Beitritts zum FAMILY-PAKET, ist das Mitglied verpflichtet, alle Mitglieder der Familiengemeinschaft einzuschreiben, u. z. genauer:

- die Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres – außer bei Vorlage einer gültigen Einschreibebestätigung in einen anderen integrativen Gesundheitsfonds,
- die Kinder ohne jegliche Altersbeschränkung, die aufgrund eines schweren Gebrechens zur Gänze und dauerhaft nicht in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen,
- der vom italienischen Staat als solcher anerkannte Ehepartner oder die gleichgeschlechtliche Person, mit der das Mitglied eine vom italienischen Staat als solche angesehene zivilrechtliche Lebensgemeinschaft begründet hat oder die mit dem Mitglied in eheähnlicher Lebensgemeinschaft zusammenlebende Person – außer bei Vorlage einer gültigen Einschreibebestätigung in einen anderen Gesundheitsfonds.

Die ins FAMILY-PAKET eingeschriebenen Personen - vorbehaltlich gültiger Einschreibung gemäß der vorliegenden Leistungsordnung und der durchgeführten Einzahlung des vorgesehenen Mitgliedsbeitrags - erlangen den Status ,Anspruchsberechtigte', um Anrecht auf Erstattung und Leistung zu haben.

Erforderliche Dokumente für die Einschreibung ins FAMILY-PAKET:

- Beitrittsformular,
- Ersatzerklärung des Notariatsaktes,
- Kopie Familienbogen,
- Kopie Steuernummer der Familienmitglieder,
- Kopie Ausweis der Familienmitglieder.

B) Änderung Daten der Familiengemeinschaft

Im Falle einer Änderung der Familiengemeinschaft u/o der Steuerbelastung, muss dies innerhalb von 60 Tagen nach der erfolgten Änderung mitgeteilt werden, bei sonstiger Verwirkung des Rechts auf Erstattung. Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, jederzeit die Vorlage aller von ihr als zweckdienlich erachteten Unterlagen zwecks Bestätigung der vom Mitglied erklärten Angaben zu verlangen.

C) Dauer der Einschreibung

Die Dauer der Einschreibung in das FAMILY-PAKET ist eng mit der Einschreibedauer in die Leistung oder in das Leistungspakets des EFFEKTIVEN MITGLIEDS verbunden und in jedem Fall verpflichtend, solange die Familienmitglieder die Voraussetzungen für die Einschreibung ins FAMILY-PAKET gemäß vorliegender Leistungsordnung erfüllen.

D) Beitragszahlung

Mit der Unterzeichnung des Beitrittsgesuchs für das FAMILY-PAKET verpflichtet sich das Mitglied, den entsprechenden

previsto anticipatamente ed in un'unica soluzione entro un mese dalla richiesta di pagamento, pena la decadenza ai sussidi.

E) Periodi di carenza - diritto ai sussidi

Salvo pagamento effettuato del contributo associativo di cui al punto precedente, i familiari sono coperti - e decorre il diritto ai sussidi - **dal primo giorno del mese successivo alla data d'iscrizione**, come previsto dal regolamento applicativo dello statuto.

Alle prestazioni dell'ortodonzia, limitatamente ai **codici Ho2/Ho3**, viene applicato un periodo di carenza di un anno, calcolato a partire dalla data di iscrizione al PACCHETTO-FAMILY, e di conseguenza, la copertura ed il diritto ai sussidi decorre dopo un anno dall'iscrizione al PACCHETTO-FAMILY.

F) Prestazioni specialistiche odontoiatriche

Nota: Le prestazioni specialistiche odontoiatriche vengono rimborsate secondo le **modalità previste dall'area 05**.

G) Massimali

Tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione al PACCHETTO-FAMILY.

I massimali indicati nel regolamento delle prestazioni per anno solare sono da intendersi per nucleo familiare.

H) Cumulabilità dei sussidi

Qualora una prestazione sanitaria sia presente in più aree, verrà rimborsata con riferimento ad una sola area.

I) Revoca

Fermo quanto previsto alla suindicata lettera C), il PACCHETTO si intende tacitamente rinnovato di anno solare in anno solare ove non intervenga revoca per iscritto del SOCIO EFFETTIVO da formalizzarsi - pena la sua inefficacia e/o invalidità ad ogni e qualsivoglia effetto - a mezzo raccomandata a. r. o PEC inviata alla sede di Mutual Help entro il 30 settembre.

J) Esclusioni

Il PACCHETTO-FAMILY non prevede i sussidi per prestazioni inerenti: ♦ la Medicina estetica, ♦ la Medicina del lavoro, ♦ la Medicina legale, ♦ la Medicina dello sport, ♦ la Medicina Olistica, ♦ l'Agopuntura, ♦ la Chiropratica, ♦ l'Iridologia, ♦ l'Omeopatia, ♦ di psicologia, ♦ prodotti farmaceutici, ♦ copie di esami radiologici su CD, ♦ il rilascio della patente, attestati di idoneità.

Sono altresì escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e/o Chirurgia.

Sono altresì escluse le spese sostenute in relazione a patologiegresse.

K) Detrazione delle spese sanitarie nella dichiarazione dei redditi

Nella dichiarazione dei redditi l'iscritto può detrarre solo il residuo di ciò che non è stato rimborsato.

L) Richiesta di sussidio: Termine e modalità per la presentazione

Jahresbeitrag im Voraus und in einmaliger Zahlung innerhalb eines Monats ab Zahlungsaufforderung einzuzahlen, bei sonstiger Verwirkung des Rechts auf Erstattung.

E) Karenzzeiten - Anrecht auf Erstattung

Vorbehaltlich der durchgeführten Einzahlung des Mitgliedsbeitrags, gemäß vorhergehenden Punkt, sind die Familienmitglieder - und beginnt das Recht auf Erstattung - **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der Einschreibung** gedeckt, wie von der Geschäftsordnung der Satzung vorgesehen.

Für Leistungen der Kieferorthopädie, beschränkt auf die **Kodexe Ho2/Ho3**, wird eine **Karenzzeit von einem Jahr**, berechnet ab dem Einschreibedatum ins FAMILY-PAKET, angewandt, mit der Folge, dass die Deckung und das Recht auf Erstattung ein Jahr nach Einschreibung in das FAMILY-PAKET beginnen.

F) Zahnärztliche Facharztleistungen

Hinweis: Zahnärztliche Facharztleistungen werden nach den im **Bereich 05 vorgesehenen Modalitäten** erstattet.

G) Höchstbeträge

Alle jährlichen Höchstbeträge werden im Verhältnis zu den ins FAMILY-PAKET eingeschriebenen Monaten berechnet.

Die in der Leistungsordnung angegebenen jährlichen Höchstbeträge gelten für die gesamte Familiengemeinschaft.

H) Kumulierbarkeit der Erstattungen

Falls eine Gesundheitsleistung in mehreren Bereichen vorgesehen ist, wird die Leistung nur in einem Bereich erstattet.

I) Widerruf

Unbeschadet der geltenden Regelung, gemäß Buchstabe C), verlängert sich das FAMILY-PAKET stillschweigend von Kalenderjahr zu Kalenderjahr, sofern kein schriftlicher Widerruf seitens des EFFEKTIVEN MITGLIEDS erfolgt, welcher - bei sonstiger Unwirksamkeit u/o Ungültigkeit in jeglicher Hinsicht - mittels Einschreiben m. R. oder PEC an den Sitz der Mutual Help innerhalb 30. September zugestellt werden muss.

J) Ausschlüsse

Das FAMILY-PAKET sieht keine Erstattungen für nachfolgende Leistungen vor: ♦ ästhetische Medizin, ♦ Arbeitsmedizin, ♦ Rechtsmedizin, ♦ Sportmedizin, ♦ alternative Medizin, ♦ Akupunktur, ♦ Chiropraktik, ♦ Iridologie, ♦ Homöopathie, ♦ Psychologie, ♦ für Medikamente, ♦ für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, ♦ für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen.

Zudem sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin u/o Chirurgie sind, ausgeschlossen und werden deshalb nicht anerkannt. **Ausgeschlossen sind auch Spesen im Zusammenhang mit Vorerkrankungen.**

K) Abzug der Gesundheitsspesen bei der Steuererklärung

Die/der Eingeschriebene kann jenen Teil, der nicht erstattet wurde, in der Steuererklärung absetzen.

L) Antrag auf Erstattung: Frist und Form des Ansuchens

La richiesta di sussidio dovrà pervenire alla Società allegando l'apposito modulo "Richiesta sussidi", nei seguenti modi:

- a) portale web "**MutualHelp for you**" (accesso attraverso il sito internet www.mutualhelp.eu),
- b) per posta ordinaria (farà fede la data del timbro postale),
- c) consegna diretta alla sede della Società Mutual Help.

Le richieste di sussidio possono essere presentate in modo continuativo durante tutto l'anno. **Non vengono accettate le richieste di sussidi la cui somma dei documenti allegati sia inferiore a 15,00 (quindici/00) €.**

Nel caso in cui l'iscritto abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto, Mutual Help calcolerà il rimborso sull'importo residuo rimasto a carico dell'iscritto.

Tutte le richieste di sussidio dovranno pervenire a Mutual Help improrogabilmente entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo dalla data del documento fiscale, attestante le spese sostenute (fattura o ricevuta fiscale pagata), o della data di dimissione per i ricoveri.

Il mancato rispetto di tale termine comporta l'estinzione del diritto al sussidio per tacita rinuncia da parte dell'interessato.

M) Documenti da allegare

La Società può richiedere al socio o direttamente agli Enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La Società non è tenuta alla restituzione di documenti presentati a seguito di richiesta sussidi ad eccezione della cartella clinica.

L'elenco dei documenti da allegare alla richiesta di sussidio sono riportati nel regolamento delle prestazioni e più precisamente al termine dei singoli capitoli/paragrafi, i quali regolano le singole prestazioni.

Il documento fiscale deve riportare l'indicazione dell'avvenuto pagamento delle somme esposte.

N) Tempistiche di liquidazione

Con riserva di copertura, Mutual Help garantisce in caso di accoglimento - qualora la richiesta sia stata trasmessa alla Mutual Help attraverso il portale web '**MutualHelp for you**' - il relativo rimborso o pagamento delle indennità **entro 30 giorni** dalla data di ricezione della documentazione completa.

In tutti gli altri casi (invio per posta ordinaria, consegna diretta allo sportello o presso gli sportelli delle Casse Raiffeisen dell'Alto Adige) e per le **richieste** di sussidio consegnate nei mesi di **dicembre e gennaio**, Mutual Help garantisce, in caso di accoglimento, il relativo rimborso o pagamento delle indennità, **entro 60 giorni** dalla data di consegna della documentazione completa.

O) Documentazione

* Se è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, sarà rimborsato il costo.

P) Allegati

- Allegato A -
Elenco degli interventi chirurgici sussidiabili;
- Allegato C -
Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione.

Der Antrag auf Erstattung muss mittels vorgesehenen Formulars „Antrag auf Erstattung“ in nachfolgender Art erfolgen:

- a) über das Internetportal "**MutualHelp for you**" (Zugang über die Webseite www.mutualhelp.eu),
- b) über dem Postweg (Gültigkeit hat der Poststempel),
- c) direkte Abgabe im Büro der Gesellschaft Mutual Help.

Die Anträge auf Erstattung können während des Jahres laufend gestellt werden. **Anträge auf Erstattung, deren Summe der beigefügten Dokumente unter 15,00 (fünfzehn/00) € liegt, werden nicht berücksichtigt.**

Falls das Mitglied bereits eine Rückerstattung für dieselbe Leistung von einer anderen Einrichtung erhalten hat, wird die Rückerstattung von Mutual Help auf den verbleibenden noch offenen Betrag berechnet.

Als absoluter und unabänderbarer letzter Einreichtermin bei Mutual Help gilt der 31. Januar des darauffolgenden Jahres vom Ausstellungsdatum des Steuerbelegs (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung), oder vom Datum der Entlassung bei Krankenhaus-aufenthalten.

Die Nichteinhaltung dieser Frist führt zum Erlöschen des Anspruchs auf die Erstattung durch stillschweigenden Verzicht.

M) Beizulegende Dokumente

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen, zwecks Bestätigung der Gültigkeit der beantragten Erstattung; alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält. Die Gesellschaft ist nicht verpflichtet, die Dokumente, die aufgrund eines Antrags um Erstattung vorgelegt wurden, zurückzugeben, ausgenommen der Krankengeschichte. Die Liste der jeweils beizulegenden Dokumente ist in der Leistungsordnung, genauer in den einzelnen Kapiteln/Abschnitten angeführt, welche die einzelnen Leistungen regeln. Aus den Steuerbelegen muss deren erfolgte Zahlung hervorgehen.

N) Auszahlungsfristen

Vorbehaltlich Deckungsbestätigung gewährleistet Mutual Help die Erstattung bzw. Auszahlung der Leistungen - falls der Antrag über das **Webportal "MutualHelp for you"** bei Mutual Help eingereicht wurde - **innerhalb von 30 Tagen** ab Erhalt der vollständigen Dokumentation.

In allen anderen Fällen (per Post, direkte Abgabe am Schalter oder an den Schaltern der Südtiroler Raiffeisenkassen) und für **Anträge** auf Erstattung, welche in den Monaten **Dezember und Januar** eingereicht werden, gewährleistet Mutual Help, vorbehaltlich Deckungsbestätigung, die Erstattung bzw. Auszahlung der Leistungen **innerhalb von 60 Tagen** ab Erhalt der vollständigen Dokumentation.

O) Dokumentation

* Ist die Vorlage der Krankengeschichte verpflichtend, werden die Spesen, gegen Vorlage des Steuerbelegs, vergütet.

P) Anlagen

- Anlage A -
Verzeichnis der anerkannten chirurgischen Eingriffe;
- Anlage C -
Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung.

