



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

## Ergänzender Gesundheitsfonds des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale

Im Zweifelsfall gilt der italienische Text / in caso di dubbio prevale il testo in lingua italiana

# Landwirtschaftliche Angestellte (F52) Impiegati Agricoli

Coperture sanitarie integrative collettive in conformità a disposizioni di contratto o accordo o regolamento aziendale in favore dei dipendenti di Aziende firmatarie di Convenzione Mutualistica, con sede nella Provincia Autonoma di Bolzano **ex art. 51 comma 2 lett. a DPR 917/1986 e s.m.i. e successive modifiche**

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds in Übereinstimmung mit dem Kollektivvertrag, dem innerbetrieblichen Reglement oder dem Betriebsabkommen zu Gunsten der Mitarbeiter der Betriebe, die Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens sind und ihren Sitz in der Autonomen Provinz Bozen haben, **gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A VPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen**

### Contatti

MUTUAL HELP Società di Mutuo Soccorso  
Via Raiffeisen 2/D – 39100 Bolzano  
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613  
Codice fiscale 94107200217

E-mail [info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu) | [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)

### Kontakt

MUTUAL HELP Wechselseitige Hilfsgesellschaft  
Raiffeisenstraße 2/D – 39100 Bozen  
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613  
Steuernummer 94107200217

E-mail [info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu) | [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)

Anlage zur Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds eingeführt von der  
wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help  
Allegato al Regolamento del Fondo Sanitario Pluriaziendale Istituito da Mutual Help Società di  
Mutuo Soccorso

Gültig ab 1. Januar 2022 / In vigore dal 1 gennaio 2022

**Jährlicher Mitgliedsbeitrag / Contributo associativo annuo 570,00 Euro**

Il seguente piano sanitario integrativo base, è rivolto ai lavoratori dipendenti delle Aziende:

- a) firmatarie dell'atto di Convenzione mutualistica in forza del relativo contratto o accordo o regolamento aziendale ex art.51 comma 2 lett. a) DPR 917/1986;
- b) aderenti come soci a Mutual Help Società di Mutuo Soccorso, con conseguente iscrizione dei rispettivi lavoratori in possesso dei requisiti previsti dallo statuto sociale e dalla predetta Convenzione;
- c) in regola con i versamenti dei contributi associativi dovuti.

Le disposizioni del "Regolamento del fondo sanitario pluriaziendale" istituito da Mutual Help Società di Mutuo Soccorso fanno parte integrante del presente piano sanitario.

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsfonds richtet sich an die Mitarbeiter der Unternehmen:

- a) die das wechselseitige Abkommen unterzeichnet haben kraft des jeweiligen Vertrags, des innerbetrieblichen Reglements oder des Betriebsabkommens gemäß Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/1986;
- b) die Mitglieder bei der Wechselseitigen Gesellschaft Mutual Help sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der Mitarbeiter, die die vom Statut und von genanntem Abkommen vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen;
- c) mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung sind.

Die Bestimmungen der „Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Gesundheitsplans.

Mutualità mediata con



Legge 3818 maggio 1886 e successive modifiche

# Erbrachte Leistungen / Typologie delle prestazioni erogate

## I. Prestazioni pubbliche di specialistica sanitaria

### 1.1. Ticket sanitari

Al **socio**, o un suo **familiare avente diritto**, che fruisce 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 Servizio sanitario provinciale, è riconosciuto un sussidio pari al **100%** della quota di compartecipazione alla spesa (ticket).

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, il documento fiscale dovrà necessariamente riportare la dicitura "ticket" e la prestazione effettuata.

Il rimborso dei ticket è riconosciuto anche se gli accertamenti vengono effettuati al solo scopo di prevenzione.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio nell'area prestazioni pubbliche di specialistica sanitaria è riconosciuto fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** nell'anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket)

## Fachärztliche öffentliche Leistungen

### Gesamtstaatlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, hat Anrecht auf eine Unterstützung in Höhe von **100%** für Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben. In jeden Fall muss der Steuerbeleg obligatorisch die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und den Hinweis auf die Art der durchgeführten Leistung enthalten.

Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Diagnosesicherungen anerkannt.

#### Höchstenschiedungsgrenzen

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

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Ausgabenbelege (Sanitätsticket)

## II. Prestazioni private di specialistica sanitaria

### 2.1. Visite specialistiche

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso effettui 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 **60,00 (sessanta/00) euro** per visita e con un **massimo di quattro visite** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di visita eseguita; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla visita specialistica.

### 2.2. Diagnostica strumentale

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso effettui 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 **60,00 (sessanta/00) euro** per documento fiscale e con un **massimo di quattro documenti fiscali** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di diagnostica eseguita; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame diagnostico.

## Fachärztliche private Leistungen

### Fachärztliche Untersuchungen

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden **50%** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal vier Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

### Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern **50%** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal vier Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

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

### 2.3. Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso effettui esami di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto per ogni esame elencato nell'**Allegato "C"**, un sussidio pari al **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **150,00 (centocinquanta/00) euro** per esame. Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di esame eseguito; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame diagnostico.

### 2.4. Esami di laboratorio

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso effettui 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 **60,00 (sessanta/00) euro** per documento fiscale e con un **massimo di quattro documenti fiscali** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di esame eseguito; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame di laboratorio.

#### Limiti sussidiabili

I sussidi contenuti nell'Area Prestazioni specialistiche private sono concessi per spese documentate fino ad un massimo di **1.500,00 (millecinquecento/00) euro** nell'anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

1) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (fattura o ricevuta fiscale pagata).*

## III. Prestazioni odontoiatriche

### 3.1. Prestazioni odontoiatriche ortodontiche NON in convenzione

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso in cui effettui prestazioni odontoiatriche o ortodontiche, presso Strutture sanitari non convenzionate con la Mutua, viene riconosciuto un sussidio pari al **50%** del documento fiscale con un massimo di **250,00 (duecentocinquanta/00) euro** per anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

*Documentazione analitica delle spese sostenute (ricevuta fiscale, fattura pagata).*

### 3.2. Cure odontoiatriche presso strutture convenzionate

Al **socio**, qualora effettui presso Studi dentistici convenzionati, le prestazioni di specialistica odontoiatrica comprese nel nomenclatore **Allegato "B"**, viene riconosciuto un sussidio pari alla somma esposta nel tariffario **Fascia "B"**.

### Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche im **Anlage „C“** aufgelistet sind, **50%** bis zu einem Höchstbetrag von **150,00 (hundertfünfzig/00) Euro** rückvergütet.

### Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, **50%** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Steuerbeleg bezahlt. Es werden **maximal vier 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 im Bereich Fachärztliche private Leistungen vorgesehenen Unterstützungen werden bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

1) *Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung).*

## Vertragsgebundene Zahnheilkunde

### Zahnbehandlungen bei NICHT vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird im Falle von zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, die bei nicht vertragsgebundenen zahnärztliche Strukturen durchgeführt wurden, **50%** des Steuerbeleges anerkannt bis zu einem Höchstbetrag von **250,00 (zweihundertfünfzig/00) Euro** pro Kalenderjahr.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

*Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung, Steuerquittung)*

### Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

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

#### Branche di intervento:

- A) Diagnostica, Radiologia Fotografie
- B) Igiene orale e Prevenzione
- C) Endodonzia
- D) Conservativa
- E) Chirurgia orale
- F) Parodontologia
- G) Gnatologia
- H) Ortodonzia
- I) Implantologia e Rigenerazione ossea
- J) Protesi fissa
- K) Protesi mobile
- L) Protesi Overdenture-Overimp
- M) Protesi scheletrata
- N) Protesi parziale.

Per le prestazioni comprendenti interventi di **implantologia e protesi fissa** dovrà essere allegata la documentazione di **fine cura**. Il sussidio può essere richiesto solo a cura terminata.

Per le **prestazioni ortodontiche** dovrà essere allegata la documentazione di **inizio cura**, e, dovrà essere accompagnata dalla dichiarazione del dentista contenente la data **dell'inizio e della fine della cura** ortodontica. Le prestazioni ortodontiche che superano l'anno devono essere presentati annualmente, con regolare documento di spesa relativo alla prestazione ortodontica.

Per ottenere un contributo per le spese sostenute devono essere presenti sul documento fiscale le prestazioni effettuate, il costo sostenuto ed i codici assegnati alle prestazioni o altrimenti deve essere allegata la scheda dati del piano di cura redatta dallo Studio.

Il sussidio può essere richiesto nel rispetto dei limiti temporali indicati per ogni prestazione. Non sono prese in considerazione richieste di acconti, e/o preventivi di spesa, ad eccezione trattamento ortodontico (H02/H03) contenuto nella branca **"Ortodonzia"**. Non sono riconosciute prestazioni che non siano quelle codificate ed elencate nel nomenclatore Allegato **"B"** nonché, somme in denaro superiori a quelle previste nel tariffario.

Per accedere al servizio, il socio, deve esibire allo Studio dentistico convenzionato, la tessera di associazione alla Mutua unita ad un documento d'identità. Nel caso dei familiari aventi diritto deve presentare il certificato di iscrizione sul quale sono elencati i familiari aventi diritto iscritti.

Per il **familiare avente diritto** sono riconosciute le seguenti prestazioni odontoiatriche eseguito presso uno studio convenzionato:

- a) **50%** della spesa sostenuta per la visita odontoiatrica ed eventuale ablazione del tartaro con un massimo complessivo di **40,00 (quaranta/00) euro** una sola volta nell'anno solare;
- b) **50%** della spesa sostenuta per radiografie endorali, OPT, Telecranio, Dentscan, altri esami diagnostici del cavo orale, con un massimo complessivo di **40,00 (quaranta/00) euro** una sola volta nell'anno solare;

#### Bereich der Zahnheilkunde:

- A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Fotografie
- B) Mundhygiene und Prävention
- C) Endodontie
- D) Konservierenden Leistungen
- E) Mundchirurgie
- F) Parodontologie
- G) Gnatologie
- H) Kieferorthopädie
- I) Implantologie und Knochenregeneration
- J) Fixe Prothesen
- K) Abnehmbare Prothesen
- L) Overdenture-Overimplantat Prothesen
- M) Modellprothese
- N) Teilprothese.

Für Leistungen der **Implantologie**, sowie für **fixe Prothesen** muss die Dokumentation vom **Ende der Behandlung** beigefügt werden. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

Für Leistungen der **Kieferorthopädie** muss die Dokumentation vom **Beginn der Behandlung** beigefügt werden, sowie die Erklärung des Zahnarztes über das Datum des **Beginns und des Endes** der kieferorthopädischen Behandlung. Die Rückvergütung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten angefragt werden.

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

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Limits beantragt werden. Anträge für Anzahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt, außer im Falle der **kieferorthopädischen Behandlungen (H02/H03)**, bei welchen Anzahlungen angenommen werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ angeführt sind, sowie Geldsummen, die die vorgegebenen Beträge laut Tarifverzeichnis überschreiten, können nicht rückvergütet werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis und den Personalausweis vorweisen. Im Falle von anspruchsberechtigten Familienmitgliedern muss die Bestätigung der Einschreibung, auf welcher die Familienmitglieder aufgelistet sind, vorgewiesen werden.

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

- a) **50%** der Kosten für zahnärztliche Untersuchung und/evtl. Zahnsteinentfernung mit maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr);
- b) **50%** der Kosten für Röntgenaufnahmen, OPT, Fernröntgen, Dentscan, intraorale Fotos oder anderer digitaler Aufnahme der Mundhöhle mit maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Kalenderjahr; (maximal einmal im Jahr);

- c) **50%** della spesa sostenuta per otturazione semplice o complessa di una o più superfici, compresa la ricostruzione del dente, con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** nell'anno solare, per **un solo elemento** nell'anno solare;
- d) **50%** della spesa sostenuta per trattamento endodontico monocanalare o pluricanalare con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro**, per **un solo elemento** nell'anno solare;
- e) **50%** della spesa sostenuta per estrazione chirurgica di dente o radice, fino ad un massimo di **due avulsioni** nell'anno solare, con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per elemento;
- f) **50%** della spesa sostenuta per incisione di accesso più medicazioni successive, massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per intervento massimo **un intervento** nell'anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (fattura o ricevuta fiscale pagata);
- 2) Nel caso in cui il codice per le prestazioni elencate nell'allegato "B" non sia presente sulla fattura deve essere allegata la scheda di piano terapeutico contenente il codice, la spesa sostenuta e la descrizione delle cure effettuate;
- 3) In caso di implantologia e protesi fissa possono essere richiesti referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali (anche in formato digitale) di fine cura;
- 4) In caso di prestazioni ortodontiche: Dichiarazione del dentista con la data dell'inizio e fine della cura ortodontica e possono essere richiesti referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali (anche in formato digitale) di inizio cura.

### 3.3. Prestazioni di specialistica odontoiatrica effettuate presso Strutture sanitarie pubbliche

Qualora, il **socio, o un suo familiare avente diritto**, si avvalga di strutture di Odontostomatologia operanti presso il Servizio sanitario nazionale, vengono riconosciute le seguenti prestazioni:

- a) **100%** della compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale (ticket);
- b) **100%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio di cui ai punti cure odontoiatriche presso strutture convenzionate e prestazioni di specialistica odontoiatrica effettuate presso Strutture sanitarie pubbliche. viene riconosciuto fino ad un massimo di **4.000,00 (quattromila/00) euro** nell'anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata)

### 3.4. Cure odontoiatriche a seguito di infortunio

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, nel caso di infortunio (con presentazione di documentazione medica di struttura pubblica di Pronto soccorso o dentista, attestante la

- c) **50%** der Kosten für die ein oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr;
- d) **50%** der Kosten für die ein- oder mehrkanalige Wurzelbehandlung der Zähne bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- e) **50%** der Kosten für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Zahn; maximal **zwei** Eingriffe;
- f) **50%** der Kosten für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro**; maximal **ein** Eingriff pro Kalenderjahr;

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Sofern der Kodex für die Leistungen laut Anlage „B“ nicht auf der Rechnung angeführt wurde, muss das zahnärztliche Datenblatt vorgelegt werden, auf dem Kodex, die Kosten und die Beschreibung der durchgeführten Leistungen angeführt sind;
- 3) Implantologie und fixe Prothesen können bei Bedarf Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Ende der Behandlung angefordert werden;
- 4) Kieferorthopädische Leistungen: Erklärung des Zahnarztes mit dem Datum des Beginns und des Endes der kieferorthopädischen Behandlung, sowie können bei Bedarf Panoramaaufnahmen, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Beginn der Behandlung angefordert werden.

### Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst

Sofern sich das Mitglied oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet werden folgende Leistungen anerkannt:

- a) **100%** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **100%** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

#### Höchstenschiedigungsgrenze

Die Rückvergütung für die Punkte Zahnbehandlung bei vertragsgebundenen Zahnärzten und Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst beträgt maximal **4.000,00 (viertausend/00) Euro** pro Kalenderjahr.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung)

### Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall (mit der Vorlage

perdita/lesioni degli elementi dentari in seguito all'infornuto), viene riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100%** della compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale (ticket);
- b) **100%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

Il supporto è riconosciuto anche se le cure odontoiatriche vengono effettuate in strutture non convenzionate.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio di cui al punto cure odontoiatriche a seguito di infornuto è riconosciuto fino ad un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** per infornuto e per anno solare.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);
- 2) verbale del pronto soccorso attestante l'infornuto con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare;
- 3) certificato medico attestante inequivocabilmente l'infornuto con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare.

## IV. Area Ospedaliera

### 4.1. Ricovero ospedaliero

Al **socio**, o un suo **familiare avente diritto**, ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) **25,00 (venticinque/00) euro** per il ricovero del **socio**;
- b) **15,00 (quindici/00) euro** per il ricovero del **familiare**.

Il sussidio è maggiorato di **10,00 (dieci/00) euro** giornaliere se il ricovero avviene in struttura ospedaliera distante **oltre 150 Km** dal luogo di residenza o all'Estero.

Al socio, nel caso di ricovero di un suo familiare avente diritto, il sussidio spetta per un periodo massimo di **180 giorni** dell'arco dell'anno solare.

Il sussidio non spetta nel caso di ricovero in strutture riabilitative.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Certificato di dimissione dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi.
- 2) Per i soci con meno di due anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- 3) Certificato di residenza, nel caso il ricovero sia avvenuto in località oltre i 150 km dalla residenza o all'estero. (\*)

einer geeigneten medizinischen Dokumentation der Ersten-Hilfe-Einrichtung einer öffentlichen Struktur oder eines Zahnarztes, die den Verlust/die Verletzung der Zahnelemente nach dem Unfall bescheinigt), folgende Unterstützung anerkannt:

- a) **100%** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **100%** der Spesen für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind.

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

#### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für den Punkt Zahnbehandlung aufgrund von Unfall wird bis zu einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Unfall und Kalenderjahr gewährt.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Bericht der Ersten Hilfe, der den Unfall mit Angabe der zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen bescheinigt;
- 3) ärztliches Attest, das den Unfall mit Angabe der durchzuführenden zahnärztlichen Leistungen zweifelsfrei belegt.

## Krankenhausaufenthalt

### Krankenhauseinlieferung

Im Falle des Krankenhausaufenthalts eines **Mitglieds** oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder** in einer Krankenanstalt, hat das Mitglied nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten Anspruch auf den nachstehend aufgeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts:

- a) **25,00 (fünfundzwanzig/00) Euro**, für die Krankenhauseinlieferung des Mitgliedes;
- b) **15,00 (fünfzehn/00) Euro**, für die Krankenhauseinlieferung des anspruchsberechtigten Familienmitglieds.

Die Unterstützung wird um **10,00 (zehn/00) Euro** erhöht, wenn die Einlieferung in eine Krankenanstalt erfolgt, die **mehr als 150 km** von seinem Wohnort entfernt ist oder im Ausland liegt.

Im Falle der Einlieferung eines Anspruchsberechtigten steht dem Mitglied die Unterstützung für einen Zeitraum von **maximal 180 Tagen** im Laufe eines Kalenderjahres zu.

Die Unterstützung steht nicht im Falle von Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen zu.

#### Beizulegende Dokumente für die aufgeführte Unterstützung

- 1) Entlassungsbescheinigung im Original der Einheit (Abteilung) des Krankenhauses, aus der das Datum der Aufnahme und der Entlassung und die Diagnose ersichtlich sind.
- 2) Für Mitglieder, die weniger als 2 Jahre im Fond eingeschrieben sind, ist die Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese notwendig.
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das mehr als 150 km vom Wohnort entfernt ist oder im Ausland liegt (\*).

#### 4.2. Degenza in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al **socio**, o un suo avente **familiare avente diritto**, ricoverato in struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, seguito eventualmente da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfetario come di seguito specificato:

- a) **100,00 (cento/00) euro** per il ricovero del **socio**;
- b) **50,00 (cinquanta/00) euro** per il ricovero del **familiare**.

##### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

*Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento chirurgico effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero in o day surgery, day hospital.*

#### 4.3. Ricovero in strutture riabilitative

Al **socio**, o un suo **familiare avente diritto**, ricoverato in una struttura ospedaliera per effettuare cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

- a) **25,00 (venticinque/00) euro** per il ricovero del **socio**;
- b) **15,00 (quindici/00) euro** per il ricovero del **familiare**.

Il sussidio spetta per un periodo massimo di **15 giorni** per ricovero.

##### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate.*

#### 4.4. Assistenza ricovero pediatrico

Al **socio**, nel caso di ricovero di un **familiare avente diritto** di età **inferiore agli otto anni**, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio aggiuntivo di **10,00 (dieci/00) euro** al giorno fino ad un **massimo di 15 giorni** per ricovero.

##### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

*Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento praticato. (\*\*)*

#### 4.5. Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PRIVATE

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto presso Strutture sanitarie private o Strutture pubbliche operanti in regime di libera professione intramuraria, ad un intervento chirurgico, intendendo come tale ogni intervento compreso nel nomenclatore **Allegato "A"**, spetta un sussidio fino alla concorrenza massima della somma indicata nel tariffario **Fascia "A"**, quale rimborso delle spese sanitarie

#### Tagesklinik-Aufenthalte mit chirurgischen Eingriff

Im Falle, dass das **Mitglied** selbst oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder** in eine Tagesklinik eingeliefert und einem chirurgischen Eingriff unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf den folgenden pauschalen Tagessatz, auch im Falle einer nachfolgenden Krankenhausübernachtung:

- a) **100,00 (hundert/00) Euro**, für die Krankenhauseinlieferung des Mitglieds;
- b) **50,00 (fünfzig/00) Euro**, für die Krankenhauseinlieferung des Anspruchsberechtigten.

##### Beizulegende Dokumente für die aufgeführte Unterstützung

*Krankenkarteikarte, aus der die spezifisch belegten effektiven Einlieferungstage, die Diagnose und die Art des durchgeführten Eingriffs ersichtlich sind, mit der Anmerkung, dass es sich um eine Tagesklinik-Einlieferung oder Day Hospital Behandlung gehandelt hat.*

#### Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen

Im Falle, dass das **Mitglied** selbst oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder** in eine Gesundheitseinrichtung für Rehabilitationsbehandlung eingeliefert wird, steht dem Mitglied nach den ersten beiden aufeinander folgenden Einlieferungsnächten ein Tagessatz ab dem ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts in der folgenden Höhe zu:

- a) **25,00 (fünfundzwanzig/00) Euro**, für die Einlieferung des Mitglieds;
- b) **15,00 (fünfzehn/00) Euro**, für die Einlieferung des Anspruchsberechtigten

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

##### Beizulegende Dokumente für die aufgeführte Unterstützung

- 1) *Krankenkarteikarte, aus der das Datum der Aufnahme und der Entlassung, die Art der Diagnose die durchgeführten Behandlungen ersichtlich sind.*

#### Pädiatrische Einlieferung

Im Falle der Einlieferung eines **anspruchsberechtigten Familienmitglieds** im Alter **unter acht Jahren** hat das Mitglied nach den ersten zwei aufeinander folgenden Einlieferungsnächten Anspruch auf eine zusätzliche Unterstützung von **10,00 (zehn/00) Euro** pro Tag, für einen Zeitraum von **maximal 15 Tagen** pro Krankenhausaufenthalt.

##### Beizulegende Dokumente für die aufgeführte Unterstützung

*Geburtsschein des Anspruchsberechtigten*

#### Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten

Bei chirurgischen Eingriffen gemäß **Anlage „A“** hat das **Mitglied** oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, Anspruch auf eine Rückvergütung der Kosten bis zur Erreichung der Höchstentschädigungsgrenze laut Anlage „A“, Tarifverzeichnis **Bereich „A“**. Folgende dokumentierte Leistungen, die in privaten Strukturen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden, werden berücksichtigt:



effettivamente sostenute e documentate relative all'intervento chirurgico effettuato come di seguito riportato;

- a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati nei **120 giorni precedenti** il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso;
- 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, effettuati nei **120 giorni successivi** all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso.

#### Trasporto con mezzo sanitario

Per il trasporto del malato con mezzo sanitario in Italia o all'Estero, viene riconosciuto un sussidio dell'**80%** della spesa sostenuta fino ad un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** per il trasporto con successivo intervento chirurgico.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento praticato; (\*\*);*
- 2) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);*
- 3) *Certificato di residenza per interventi effettuati all'Estero. (\*)*

#### 4.6. Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PUBBLICHE

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, nel caso, sia sottoposto presso Strutture sanitarie pubbliche ad un intervento chirurgico, intendendo per tale ogni intervento compreso nel nomenclatore **Allegato "A"**, è riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100%** della spesa sostenuta per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati nei **120 giorni precedenti** il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per 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, effettuati nei **120 giorni successivi** all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per intervento;
- c) **80%** della spesa sostenuta per il trasporto del malato con mezzo sanitario in Italia o all'Estero con un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** per intervento;

- 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;

#### Krankentransport

Für die Beförderung des **Mitglieds** mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Fahrzeug in Italien oder im Ausland wird eine Rückvergütung von **80%** der Kosten bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** für den Transport mit darauffolgendem chirurgischen Eingriff gewährt.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

#### Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

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

- a) **100%** des Steuerbeleges für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- b) **100%** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem **120 Tagen nach** dem Eingriff, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- c) **80%** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.
- d) Unterstützung bei Krankenseinlieferung entsprechend:

- d) rimborso per ricovero ospedaliero pari a:
- **25,00 (venticinque/00) euro** giornalieri per ricoveri in Italia;
  - **35,00 (trentacinque/00) euro** giornalieri per ricoveri all'Estero.

- **25,00 (fünfundzwanzig/00) Euro** pro Tag in Italien
- **35,00 (fünfunddreißig/00) Euro** für die Einlieferung in eine Krankenanstalt, die im Ausland liegt.

### Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PUBBLICHE – indennità sostitutiva

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, sottoposto presso strutture sanitarie pubbliche ad un intervento chirurgico sussidiabile compreso nel nomenclatore Allegato "A", è riconosciuto un sussidio per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di **30 giorni** per ogni intervento chirurgico come di seguito riportato:

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

### Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten - Ersatztagegeld

Dem **Mitglied**, falls es oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, in einer öffentlichen Heilanstalt einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

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

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento praticato; (\*\*)*
- 2) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);*
- 3) *Certificato di residenza per interventi effettuati all'Estero. (\*)*

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

## V. Cure

### 5.1. Trattamenti fisioterapici

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, nel caso esegua cicli di cure terapeutiche, è riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- 50%** della spesa sostenuta per trattamenti fisioterapici e di osteopatia fino ad un massimo di **150,00 (centocinquanta/00) euro** nell'anno solare.

Vengono rimborsati i trattamenti fisioterapici effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria.

## Kuren

### Physiotherapeutische Behandlungen

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- 50%** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **150,00 (hundertfünfzig/00) Euro** für die physiotherapeutischen und osteopathischen Behandlungen pro Kalenderjahr gewährt.

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

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);*
- 2) *copia della prescrizione del medico con la descrizione della patologia.*

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

### 5.2. Cure oncologiche

Al **socio**, o un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto ambulatorialmente, in Day Hospital o durante un ricovero ospedaliero, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche o per cure oncologiche, spetta per ogni trattamento, un sussidio giornaliero come di seguito specificato:

- 25,00 (venticinque/00) euro** per il **socio**;
- 15,00 (quindici/00) euro** per il **familiare**.

### Onkologische Behandlungen

Im Falle, dass das **Mitglied** selbst oder **eines seiner Anspruchsberechtigten** stationär, ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlen- und/oder Chemotherapie im Rahmen einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, hat das Mitglied für jeden Behandlungstag Anspruch auf den nachstehend angeführten Tagessatz:

- 25,00 (fünfundzwanzig/00) Euro**, für das Mitglied;
- 15,00 (fünfzehn/00) Euro**, für den Anspruchsberechtigten.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

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

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

## VI. Oculistica

### 6.1. Lenti

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, viene riconosciuto il **50%** del documento fiscale fino ad un massimo di **250,00 (duecentocinquanta/00)** per le spese sostenute dal socio per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista (inclusa montatura) o due lenti a contatto.

Il rimborso viene concesso solo a seguito di 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. La prescrizione medica verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.

Il sussidio spetta comunque non più di una volta **ogni tre anni** solari fatto salvo quanto previsto al successivo capoverso.

Successivamente alla prima volta, il contributo è riconosciuto ogni due anni solari, a condizione accertata dal medico specialista, purché sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

Le fatture relative ai Lenti per occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica della spesa sostenuta (fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) 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.

### 6.2. Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che effettui trattamenti laser o terapie di seguito specificate, viene corrisposto un sussidio del **50%** delle spese elencate nel documento fiscale comunque fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro**.

L'importo massimo del sussidio è erogato **una sola volta** per persona, sia con intervento ad un solo occhio o ad entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.

Al fine del sussidio si considerano interventi laser ad eccimeri i seguenti interventi:

- laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico (escluse finalità estetiche) per trattamento completo o trattamenti laser ad eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con vertere porfirine

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento.
- 2) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata).

## Augenheilkunde

### Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** Anspruch auf **50%** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **250,00 (zweihundertfünfzig/00) Euro** für jedes Paar Brillengläser (inkl. Fassung) oder Kontaktlinsen.

Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder der Nachweis des Optikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.

Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt. Die Verschreibung des Arztes oder des Optikers wird von der Ärztekommision der Gesellschaft nach eigenem unanfechtbarem Ermessen beurteilt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von **drei Jahren** nur einmal rückerstattet.

Nach der ersten Zahlung besteht der Anspruch auf eine weitere Unterstützung alle zwei Jahre, sofern der Facharzt feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) 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 Kaufs der Sehhilfen ausgestellt wurden.

### Korrektureingriff mittels Ecimer-Laser

Wenn sich das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** den nachstehend angeführten Laserbehandlungen oder Therapien unterzieht, so hat es Anspruch auf **50%** des Rechnungsbetrages mit einem Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro**.

Der angeführte Höchstbetrag wird **nur einmal** pro Person ausgezahlt, sowohl bei einem Eingriff auf einem als auch bei einem Eingriff auf beiden Augen, auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

Zum Zwecke der Unterstützung werden folgende Eingriffe als Ecimer-Laser-Eingriffe betrachtet:

- Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung oder Korrektur mittels Ecimer-Laser von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit.
- laserunterstützte intrastomale Keratomileusis
- photodynamische Therapie mit Verteporfin.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Krankengeschichte oder ärztliche Bescheinigung des Augenarztes, aus dem die Art des durchgeführten Eingriffs und die Diagnose der Krankheit, die den Eingriff erforderlich gemacht hat, ersichtlich sind;
- 2) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Rechnung, Steuerquittung).

## VII. Protesica

### 7.1. Protesi e presidi sanitari

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è riconosciuto il **50%** con un massimo di **250,00 (duecentocinquanta/00) euro** nell'anno solare per le spese sostenute per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche, per l'acquisto o noleggio di protesi o presidi sanitari di seguito elencati:

- 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, due nell'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

Nel documento di spesa il costo dei presidi dovrà essere separato da altri eventuali costi aggiuntivi, i quali non vengono rimborsati come ad esempio le pile per il funzionamento, le riparazioni, i materiali d'uso.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) Prescrizione del medico specialista contenente il tipo di protesi o presidio e la patologia.

## VIII. Gravidanza e Maternità

### 8.1. Gravidanza

Al **socio** sono riconosciute durante il periodo di gravidanza certificato, le seguenti prestazioni di specialistica eseguite in regime privato e/o in libera professione intramuraria:

- a) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per analisi clinico chimiche, ed ecografie ostetriche;

## Prothesen

### 7.1. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Es werden dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** **50%** des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von **250,00 (zweihundertfünfzig/00) Euro** im Kalenderjahr für den Ankauf oder den Verleih der nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit oder der Korrektur körperlicher Fehlbildungen rückerstattet:

- a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen, digitale Orthesen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützieder, 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, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) 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 (z.B. für Batterien, Reparaturen, Gebrauchsmaterialien) aufgeführt werden, die nicht rückvergütet werden.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Dokumente der getätigten Ausgaben für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Verschreibung des Facharztes mit der Art der Prothese oder des sanitären Hilfsmittels und der Pathologie.

## Schwangerschaft und Mutterschaft

### Schwangerschaft

Das **Mitglied** hat während der bestehenden Schwangerschaft Anrecht auf folgende Leistungen bei privaten Strukturen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen:

- a) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** für klinisch-chemische

- b) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **60,00 (sessanta/00) euro** per esami di Alta Diagnostica e Alta Specializzazione quali, Amniocentesi, Villocentesi, ed altri esami ritenuti necessari dal Medico Ginecologo/Ostetrico;
- c) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per visita, massimo **quattro** visite per gravidanza (ad integrazione di quanto riportato al punto 2 - visite specialistiche private).

- Analysen und gynäkologische Echographien;
- b) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** für instrumentelle Hochdiagnostik, Hochspezialisierung, Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie (Villocentesi), sowie sonstige vom Frauenarzt für notwendig befundene Untersuchungen;
- c) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Untersuchung, für maximal **vier** fachärztliche Untersuchungen der Spezialisierung Gynäkologie (zusätzlich zu den im Punkt 2 vorgesehenen Privatvisiten).

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio per il punto gravidanza è riconosciuto fino ad un massimo di **500,00 (cinquecento/00) euro** per gravidanza.

#### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für den Punkt Schwangerschaft wird bis zu einem Maximalbetrag von **500,00 (fünfhundert/00) Euro** pro Schwangerschaft gewährt.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) Certificazione rilasciata dal medico ginecologo attestante lo stato di gravidanza.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Honorarnote, Rechnung, Steuerquittung);
- 2) Bescheinigung über die Schwangerschaft, ausgestellt vom Frauenarzt.

### 8.2. Assenza dal lavoro per gravidanza a rischio

Alla **socia**, con rapporto di lavoro dipendente, assente dal lavoro per gravidanza a rischio, superati 30 giorni continuativi di malattia, e per i giorni di assenza dal lavoro successivi al **trentesimo giorno**, spetta un sussidio giornaliero di **8,00 (otto/00) euro** per tutta la durata della gravidanza.

### 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.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Lo stato di gravidanza a rischio deve essere documentato da certificazione dell'Ispettorato Sanitario del Lavoro attestante l'inizio della gravidanza a rischio e la necessità dell'assenza dal lavoro.
- 2) Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante la settimana di gestazione in cui è avvenuto il parto;
- 3) Certificato di dimissioni dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'attestazione del parto.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

### 8.3. Maternità

In occasione di parto, indipendentemente dall'esito del parto stesso dal numero di figli nati, è corrisposto un sussidio di **60,00 (sessanta/00) euro** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **10 giorni** per evento.

Si ha diritto al sussidio quando il parto avviene **dopo la 24° settimana** di gestazione.

### Mutterschaft

Es besteht 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 24. Schwangerschaftswoche** erfolgt.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante la settimana di gestazione in cui è avvenuto il parto;
- 2) Certificato di dimissioni dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'attestazione del parto.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Entlassungsschein 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.

## IX. Prestazioni sociali di rilievo sanitario

### 9.1. Assistenza domiciliare sanitaria

Al **socio**, o a un suo **familiare avente diritto**, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio, viene riconosciuto un sussidio orario di **12,00 (dodici/00) euro** per un massimo di **104 ore** nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e infermieri in possesso di idoneo titolo professionale:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica della spesa sostenuta con il numero di ore che comportano l'assistenza domiciliare sanitaria (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata).
- 2) Certificato che attesti la malattia invalidante e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

### 9.2. Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali

Al **socio**, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso egli stesso o un suo **familiare avente diritto** sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** come rimborso alle spese sostenute per gli interventi sanitari e le cure praticate a domicilio negli ultimi sei mesi di vita.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato;
- 2) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.

## X. Area Socio assistenziale

### 10.1. Assenza dal lavoro per malattia o infortunio extra lavoro

Al **socio** con rapporto di lavoro dipendente assente dal lavoro per malattia o per infortunio extra lavoro anche in posizione itinere, per un periodo ininterrotto di lavoro superiore a 60 giorni, spetta un sussidio forfetario di **80,00 (ottanta/00) euro**

## Hauskrankenpflege

### Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder** hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **12,00 (zwölf/00) Euro** pro Stunde und für eine Höchstzeit von **104 Stunden** pro Kalenderjahr, für den Fall, es von einer vorübergehenden oder dauernden Invaliderität durch Krankheit oder Unfall betroffen ist. Unter Hauskrankenpflege versteht man folgende Leistungen, die von Ärzten mit Abschluss in Medizin und Chirurgie oder von Krankenpflegern mit geeignetem Titel durchgeführt werden: ärztliche und/oder fachärztliche Therapien,

- Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen,
- Physiotherapien oder Rehabilitierungen.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die jeweilige Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Unterstützung steht für Leistungen/Therapien zu, die innerhalb von 365 Tagen ab dem Datum des Ereignisses durchgeführt werden.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ordnungsmäßig quitierte Ausgabenbelege, aus denen die Stundenanzahl der effektiven Hauskrankenpflege hervorgeht (bezahltes Ticket, Rechnung, Steuerquittung).
- 2) Zertifikat welches die Invaliderität und die Art der zu erbringenden notwendigen Hauskrankenpflege bescheinigt.

### Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

Das **Mitglied** oder **eines seiner anspruchsberechtigten Familienmitglieder** bzw. seine Begünstigten oder gesetzlichen Erben haben, falls das Mitglied 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 jeweilige Erkrankung zurückzuführen sind.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

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

## Sozioökonomische Unterstützungen

### Abwesenheit von der Arbeit wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg, für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 60 Tagen von der Arbeit fernbleibt, steht eine

per l'assenza **dal sessantunesimo giorno fino al settantesimo giorno**.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

### 10.2. Assenza dal lavoro per malattia o infortunio extra lavoro dopo settanta giorni

Per i giorni di assenza dal lavoro **successivi al settantesimo giorno**, al **socio** spetta in caso di malattia ininterrotta o infortunio extra lavoro anche in posizione itinere, un sussidio giornaliero di **8,00 (otto/00) euro** sino alla riammissione in servizio o all'eventuale diritto al sussidio per riduzione di stipendio.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 2) *Dichiarazione dell'Ente dal quale il socio dipende attestante il periodo di assenza per malattia.*
- 3) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia.*

### 10.3. Riduzione di stipendio base dopo il centocinquantesimo giorno

Qualora al **socio** con rapporto di lavoro dipendente venga applicata la riduzione dello stipendio base, degli scatti di anzianità e della contingenza per assenza dal lavoro per malattia o infortunio extra lavoro per un periodo superiore a 150 giorni, spetta un rimborso pari alla detrazione avuta con un sussidio massimo giornaliero di **16,00 (sedici/00) euro dal centocinquantesimo giorno** sino alla riammissione al lavoro, ovvero alla collocazione in pensione o altro provvedimento, comunque per un periodo non superiore a 730 giorni.

Qualora al socio siano garantiti per qualsiasi previsione contrattuale o normativa recuperi economici, questi saranno detratti interamente dal sussidio di cui al precedente comma.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di famiglia), attestante il periodo di malattia.*
- 2) *Dichiarazione mensile dell'Ente dal quale il socio dipende che certifichi le giornate di malattia prima della riduzione stipendio e il periodo di malattia successivo.*
- 3) *Fotocopia della busta paga riferita al periodo di malattia.*

### 10.4. Inabilità totale

Al **socio**, cui sia stata riconosciuta la totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dai medici degli Enti preposti a questo riconoscimento, tale da provocare un'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro, è riconosciuto per una sola volta un sussidio nelle seguenti misure:

Pauschalunterstützung von **80,00 (achtzig/00) Euro** für die Abwesenheit **vom 61. Tag bis zum 70. Tag** zu.

Diese Unterstützung steht bei Arbeitsunfall nicht zu.

### Abwesenheit von der Arbeit wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit nach 70 Tagen

Für die Abwesenheitstage **nach dem siebzigsten Tag** hat das **Mitglied** bei ununterbrochener Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg, Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **8,00 (acht/00) Euro** täglich bis zur eventuellen Wiederzulassung zum Dienst oder bis zum Eintritt der Unterstützung für Gehaltskürzung.

Diese Unterstützung steht ihm bei Arbeitsunfall nicht zu.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützungen

- 1) *Bescheinigung des zuständigen Sanitätsbetriebs (Hausarztes) über den Zeitraum der Krankheit;*
- 2) *Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, welche die krankheitsbedingte Abwesenheitsperiode bescheinigt;*
- 3) *Kopie des Lohnstreifens bezogen auf den Krankheitszeitraum.*

### Kürzung des Grundgehalts nach dem hundertfünfzigsten Tag

Sollte dem **Mitglied** mit abhängigem Arbeitsverhältnis aufgrund der Abwesenheit von der Arbeit für länger als 150 Tage wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit das Grundgehalt, die Alterszulage und die Teuerungszulage gekürzt werden, hat es Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe der betreffenden Kürzung. Die maximale tägliche Unterstützung beträgt **16,00 (sechzehn/00) Euro ab dem hunderteinundfünfzigsten Tag** bis zur Wiederzulassung zur Arbeit, oder bis zum Eintritt in den Ruhestand oder einer anderen Maßnahme, und auf jeden Fall für einen Zeitraum von maximal 730 Tagen.

Sollten dem Mitglied aufgrund irgendwelcher vertraglichen oder gesetzlichen Bestimmungen wirtschaftliche Rückvergütungen garantiert sein, werden diese vollständig von der Unterstützung gemäß dem vorstehenden Absatz abgezogen.

Diese Unterstützung steht ihm bei Arbeitsunfall nicht zu.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Bescheinigung des zuständigen Sanitätsbetriebs (Hausarztes) über den Zeitraum der Krankheit;*
- 2) *Monatliche Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, welche die Krankheitstage vor der Gehaltskürzung und die darauffolgende Krankheitsperiode bescheinigt;*
- 3) *Kopie des Lohnstreifens bezogen auf den Krankheitszeitraum.*

### Volle Erwerbsunfähigkeit

Dem **Mitglied**, dem die vollständige und dauerhafte körperliche oder geistige Unfähigkeit von den Ärzten der dafür zuständigen Körperschaften zuerkannt wurde, die eine absolute und dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkt, wird eine einmalige Unterstützung in folgender Höhe zugeteilt:

- a) **15.000,00 (quindicimila/00) euro** per il socio, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia età **inferiore a 30 anni**
- b) **10.000,00 (diecimila/00) euro** per il socio, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia età **da 30 a 39 anni**
- c) **5.000,00 (cinquemila/00) euro** per il socio, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia età **da 40 a 49 anni**
- d) **2.500,00 (duemilacinquecento/00) euro** per il socio, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia età **superiore a 50 anni**

L'erogazione del sussidio è subordinata alla effettiva cessazione da qualsiasi attività lavorativa.

#### Esclusione dal sussidio

Sono esclusi dal diritto al sussidio i soci che al momento dell'iscrizione alla Società risultino titolari di prestazioni previdenziali o assistenziali liquidate per totale e permanente inabilità al lavoro, nonché coloro che siano titolari di prestazioni pensionistiche di anzianità, vecchiaia o invalidità.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

*Dichiarazione di riconoscimento della totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dagli Enti preposti a questo riconoscimento (Istituti previdenziali che liquidano la pensione d'inabilità, Commissioni per l'invalidità civile, ecc.).*

#### 10.5. Decesso

Im caso di decesso del **socio** o di un suo **familiare avente diritto** spetta, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, un sussidio nelle seguenti misure:

- a) **25.000,00 (venticinquemila/00) euro** nel caso in cui il **socio** deceduto abbia età inferiore ai 35 anni;
- b) **15.000,00 (quindicimila/00) euro** nel caso in cui il **socio** deceduto abbia età da 35 a 59 anni;
- c) **5.000,00 (cinquemila/00) euro** nel caso in cui il **socio** abbia età superiore a 60 anni;
- d) **5.000,00 (cinquemila/00) euro** per ogni **familiare avente diritto** di età inferiore a 65 anni.

#### Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Certificato di decesso;*
  - 2) *Certificato storico di famiglia*
- Se non ci sono parenti stretti, come definiti al paragrafo successivo, sono gli eredi del beneficiario che hanno il diritto di richiedere il pagamento del contributo finanziario presentando in aggiunta ai punti sopra elencati i seguenti documenti:*
- 3) *Copia autentica del testamento (ove esiste);*
  - 4) *Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli eventuali eredi legittimi in ordine alla loro legittimazione (Art. 4 Legge 4 gennaio 1968 n. 15);*
  - 5) *Copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal Tribunale)*

- a) **15.000 (fünfzehntausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **unter 30 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der der vollständigen Erwerbsunfähigkeit
- b) **10.000 (zehntausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **30 bis 39 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der der vollständigen Erwerbsunfähigkeit
- c) **5.000 (fünftausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **40 bis 49 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der der vollständigen Erwerbsunfähigkeit
- d) **2.500 (fünfzehntausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **über 50 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der der vollständigen Erwerbsunfähigkeit

Die Unterstützung erfolgt unter der Voraussetzung, dass keinerlei Arbeitstätigkeit ausgeübt wird.

#### Ausschluss von der Unterstützung

Ausgeschlossen vom Anspruch auf die Unterstützung sind Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Eintragung bei der Gesellschaft Renten- oder Fürsorgeleistungen beziehen, die wegen vollständiger und dauernder Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden. Ferner sind auch die Bezieher von Dienstalters-, Alters- oder Invaliditätsrenten ausgeschlossen.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

*Erklärung über die Anerkennung der vollständigen körperlichen oder geistigen bleibenden vollständigen Erwerbsunfähigkeit, die vom zuständigen Amt ausgestellt wird (Vorsorgeeinrichtungen, die die Invalidenrente auszahlen, Kommissionen für Zivilinvalidität usw.)*

#### Todesfall

Im Falle des Todes des **Mitglieds** oder **eines seiner Anspruchsberechtigten** hat die Familie Anspruch auf einen Beitrag zu den Beerdigungskosten in folgender Höhe:

- a) **25.000 (fünfundzwanzigtausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- b) **15.000 (fünfzehntausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied zwischen 35 und 59 Jahre alt war;
- c) **5.000 (fünftausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied älter als 60 Jahre alt war;
- d) **5.000 (fünftausend/00) Euro**, für jeden **anspruchsberechtigten Familienmitgliedes** bis zum 65. Lebensjahr.

#### Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Todesbescheinigung;*
  - 2) *Historischer Familienbogen;*
- Sind keine nahen Verwandten, wie untenstehend definiert, vorhanden, haben die Erben des Begünstigten das Recht, die Zahlung des finanziellen Beitrags zu verlangen, indem sie zusätzlich zu den oben genannten Punkten folgende Dokumente vorlegen:*
- 3) *Beglaubigte Kopie des Testamentes (falls vorhanden);*
  - 4) *Notariatsakt oder Ersatzerklärung der Notariatsaktes für die eventuellen gesetzlichen Erben mit Bezug auf ihre Legitimation (Art. 4 Gesetz Nr. 15 vom 4. Januar 1968);*
  - 5) *beglaubigte Kopie des Dekrets des Vormundschaftsgerichts für die Verwendung des Betrages, welcher den minderjährigen Erben zusteht (ausgestellt vom Landesgericht)*



### **Pagamento in caso di decesso del beneficiario**

In caso di morte del beneficiario, spetta alla persona nominata dal socio, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, il contributo finanziario una tantum definito nel fondo. Se il socio non ha nominato nessuna persona, il pagamento verrà effettuato al parente più prossimo. Le seguenti persone sono considerate parenti stretti ove il precedente esclude il successore:

- il coniuge superstite
- il convivente,
- i figli,
- il genitore superstite più anziano,
- il fratello o la sorella maggiore vivente.

Se non ci sono parenti stretti, sono gli eredi del socio che hanno il diritto di richiedere il pagamento del contributo finanziario.

In caso di decesso di un avente diritto del socio, il contributo finanziario alle spese e ai costi sostenuti sarà sempre pagato al socio.

### **Auszahlung bei Ableben eines Mitglieds**

Im Falle des Todes des Mitglieds hat die vom Mitglied benannte Person Anspruch auf einen einmaligen finanziellen Beitrag für die nach dem Ableben des Mitglieds anfallenden Spesen und Kosten. Sollte das Mitglied keine Person namhaft gemacht haben, erfolgt die Auszahlung an den nächsten Verwandten. Als nahe Verwandte gelten folgende Personen, wobei der jeweils Vorgeordnete die Nachgereihten ausschließt:

- *der überlebende Ehegatte,*
- *der zusammenlebende Lebenspartner,*
- *die Kinder,*
- *das älteste noch lebende Elternteil,*
- *das älteste noch lebende Geschwisterteil.*

*Sollten keine nahen Verwandten vorhanden sein, sind die Erben des Mitglieds berechtigt, die Auszahlung des finanziellen Beitrages geltend zu machen.*

*Im Falle des Todes eines Anspruchsberechtigten des Mitglieds wird der finanzielle Beitrag zu den anfallenden Spesen und Kosten immer an das Mitglied ausbezahlt.*

## Norme di carattere generale

- **Familiari aventi diritto**

I massimali “per anno solare”, per le prestazioni comprendenti i famigliari aventi diritto fiscalmente a carico, sono da intendersi massimali per nucleo familiare. I familiari aventi diritto sono coperti dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione.

- **Cumulabilità dei sussidi**

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

- **Detrazione delle spese sanitarie nella dichiarazione dei redditi**

Nella dichiarazione dei redditi l'iscritto può detrarre le sole spese che non sono state rimborsate e che sono rimaste a suo carico.

- **Prestazioni odontoiatriche**

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate solo secondo le modalità previste nei punti dell'area “prestazioni odontoiatriche”.

- **Esclusioni**

I sussidi non sono concessi 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 e attestati di idoneità. Sono altresì escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

- **Periodo di carenza per il diritto ai sussidi e massimali di copertura**

Per i dipendenti/soci, che sono stati iscritti dall'azienda al Fondo Integrativo Sanitario nei termini fissati dal Verbale di Accordo Mutualistico, il diritto ai sussidi decorre **dal primo giorno del mese successivo** al primo versamento del contributo associativo come previsto dal Art. 1.4 del regolamento applicativo, salvo diversamente regolato dal verbale di accordo mutualistico.

Si indica che tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione a Mutual Help.

- **Richiesta di sussidio: Termine e modalità per la presentazione**

La richiesta di sussidio dovrà pervenire alla Società mediante apposito “Modulo richiesta sussidi”, nei seguenti modi:

## Allgemeine Bestimmungen

- **Anspruchsberechtigte Familienmitglieder**

Die jährlichen Höchstbeträge für Leistungen, die anspruchsberechtigte steuerlich zu Lasten lebende Familienmitglieder umfassen, sind als Höchstbeträge pro Familie zu verstehen. Die Deckung erfolgt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der Meldung.

- **Kumulierbarkeit der Leistungen**

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

- **Abzug der Gesundheitsausgaben bei der Steuererklärung**

In der Steuererklärung kann das Mitglied nur die Ausgaben absetzen, die nicht rückerstattet wurden und die zu Lasten des Mitglieds geblieben sind.

- **Zahnärztliche Leistungen**

Die zahnärztlichen Leistungen werden nur nach den im Bereich „zahnärztliche Leistungen“ vorgesehenen Modalitäten erstattet.

- **Ausschlüsse**

Die angeführten Unterstützungen werden nicht für Leistungen betreffend Rechtsmedizin, Sportmedizin, Arbeitsmedizin, ästhetischen Medizin, alternative Medizin, Akupunktur, Chiroprathie, Iridologie, Homöopathie, Psychologie, für Medikamente, für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen gewährt.

Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind.

- **Karenzzeit für das Anrecht auf Unterstützung und Höchstentschädigungsgrenzen**

Die Arbeitnehmer/Mitglieder, welche durch den Betrieb in den ergänzenden Gesundheitsfonds und unter Berücksichtigung der im wechselseitigen Betriebsabkommen enthaltenen Bedingungen eingeschrieben wurden, haben das Anrecht auf Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, wie im Art. 1.4 der Geschäftsordnung definiert, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

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

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

Der Antrag auf Unterstützung muss mit dem dafür vorgesehenen Formular „Antrag auf Unterstützung“ folgenderweise übermittelt werden:

- a) portale web “MutualHelp for you” (accesso attraverso il nostro sito internet [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu));
- b) per posta ordinaria (validità ha la data del timbro postale) o;
- c) consegna diretta alla sede della Società, Via Raiffeisen 2/D, 39100 Bolzano.

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.

Le richieste di sussidio possono essere presentate, purché, la somma dei documenti allegati non sia inferiore a **15,00 (quindici/00) euro**; pertanto non verranno prese in esame richieste di rimborso delle spese sostenute inferiori a tale importo.

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

- **Tempistiche di liquidazione**

Per le richieste di sussidio presentate dagli iscritti, con riserva di copertura, Mutual Help garantisce in caso di accoglimento, il relativo rimborso o pagamento delle indennità entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa, qualora la richiesta sia stata trasmessa alla Mutual Help attraverso il portale web “MutualHelp for you”; 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.

- **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 sussidio sono riportati nel regolamento del fondo al termine del testo che dà diritto al sussidio. Il documento fiscale deve riportare chiara indicazione dell'avvenuto pagamento delle somme esposte.

- **Dichiarazione di notorietà**

I documenti segnati con (\*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà da autenticarsi presso la sede della Società.

- a) über das Internetportal “MutualHelp for you” (Zugang über unsere Webseite [www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)),
- b) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel) oder,
- c) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Raiffeisenstraße 2/D, 39100 Bozen.

Der Antrag auf Unterstützung muss **innerhalb 31. Januar des darauffolgenden Jahres** vom Ausstellungsdatum des Steuerbelegs (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung) bzw. vom Datum der Entlassung bei Krankenhausaufenthalten, bei Mutual Help eingereicht werden. Die Nichteinhaltung dieser Frist führt zum Erlöschen des Anspruchs auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht.

Der Antrag auf Unterstützung kann eingereicht werden, sofern die Summe der beigefügten Dokumente nicht unter **15,00 (fünfzehn/00) Euro** liegt; Anträge auf Unterstützung von Ausgaben, die unter diesem Betrag liegen, 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.

- **Auszahlungsfristen**

Vorbehaltlich Deckung gewährleistet Mutual Help die Rückerstattung bzw. Auszahlung der Leistungen innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der vollständigen Dokumentation, wenn der Antrag über das Webportal "MutualHelp for you" an Mutual Help gesendet wurde; in allen anderen Fällen (per Post, direkte Abgabe am Schalter oder an den Schaltern der Südtiroler Raiffeisenkassen) und für Anträge auf Unterstützung, welche in den Monaten Dezember und Januar eingereicht werden, gewährleistet Mutual Help die Rückerstattung bzw. Auszahlung der Leistungen innerhalb von 60 Tagen ab Erhalt der vollständigen Dokumentation.

- **Beizulegende Dokumente**

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält, zwecks Bestätigung der Gültigkeit der beantragten Unterstützung.

Die wechselseitige Gesellschaft ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme des Krankenblattes.

Die beizulegenden Dokumente befinden sich in der Durchführungsbestimmung des Fonds am Ende des Textes eines jeden einzelnen Unterstützungspunktes. Aus den Rechnungen muss die erfolgte Zahlung hervorgehen.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (\*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das von der Gesellschaft beglaubigt werden muss.

- **Cartella clinica**

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

- **Allegati**

- A) Allegato "A" - tariffario interventi chirurgici sussidiabili Fascia "A".
- B) Allegato "B" - nomenclatore tariffario prestazioni odontoiatriche Fascia "B".
- C) Allegato "C" – esami di alta diagnostica strumentale e alta specializzazione.

- **Krankengeschichte**

(\*\*) Wenn es verpflichtend ist, die Krankengeschichte vorzuweisen und die Quittung beizulegen, wird der Betrag rückvergütet.

- **Anlagen**

- A) Anlage "A"- Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „A“.
- B) Anlage "B" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der zahnärztlichen Leistungen Bereich „B“.
- C) Anlage "C" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.

