



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

## Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale **Ergänzender Gesundheitsfonds des nationalen Gesundheitsdienstes**

Coperture sanitarie integrative collettive in conformità a disposizioni dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015 n. 81, o di 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 successive modifiche ed integrazioni.**

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Kollektivverträge gemäß Art. 51 des Gesetzesdekrets Nr. 81 vom 15. Juni 2015, oder dem innerbetrieblichen Reglement zu Gunsten der Mitarbeiter der unterzeichnenden Betriebe des wechselseitigen Abkommens, mit Sitz in der Autonomen Provinz Bozen, **gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe a) DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen und Ergänzungen.**

**REGOLAMENTO  
PRESTAZIONI PIANO SANITARIO**

**DURCHFÜHRUNGSBESTIMMUNG  
LEISTUNGEN GESUNDHEITSPLAN**

**SETTORE  
ORTOFRUTTA**

**SEKTOR  
OBST UND GEMÜSE**

**F23**

**Dettagli di contatto**

**MUTUAL HELP SMS ETS**  
Società di Mutuo Soccorso  
Ente del Terzo Settore  
Via F. Crispi, 9  
39100 Bolzano

Codice fiscale 94107200217

Tel. 0471 974 964

[info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu)  
[www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)

**Kontaktdaten**

**MUTUAL HELP WHG KDS**  
Wechselseitige Hilfsgesellschaft  
Körperschaft des Dritten Sektors  
F. Crispi Straße 9  
39100 Bozen

Steuernummer 94107200217

Tel. 0471 974 964

[info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu)  
[www.mutualhelp.eu](http://www.mutualhelp.eu)

Allegato al  
REGOLAMENTO  
DEL FONDO SANITARIO  
PLURIAZIENDALE  
istituito da Mutual Help  
Società di Mutuo Soccorso  
Ente del Terzo Settore  
di seguito per brevità **Mutual Help**

Anlage zur  
GESCHÄFTSORDNUNG  
DES BETRIEBSÜBERGREIFENDEN  
GESUNDHEITSFONDS  
eingeführt von Mutual Help  
Wechselseitige Hilfsgesellschaft  
Körperschaft des Dritten Sektors  
nachstehend kurz **Mutual Help**

In caso di dubbio prevale il testo in lingua italiana

Im Zweifelsfall gilt der italienische Text

Contributo associativo annuo:	<b>324,00 €</b>	Jährlicher Mitgliedsbeitrag:
-------------------------------	-----------------	------------------------------

## TARGET

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

- a) che applicano il vigente contratto collettivo della Provincia di Bolzano per i dipendenti delle cooperative dell'ortofrutta dell'Alto Adige o in forza del regolamento aziendale, ex art. 51 comma 2 lett. a) DPR 917/1986 e s.m.i.;
- b) aderenti come socie a Mutual Help SMS ETS, con conseguente iscrizione dei rispettivi lavoratori in possesso dei requisiti previsti dallo statuto sociale;
- c) in regola con i versamenti dei contributi associativi dovuti.

Le disposizioni del REGOLAMENTO DEL FONDO SANITARIO PLURIAZIENDALE istituito da Mutual Help SMS ETS fanno parte integrante del presente piano sanitario.

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

- a) die den geltenden Kollektivvertrag der Provinz Bozen für die Beschäftigten der Obst- und Gemüsegenossenschaften Südtirols anwenden oder gemäß dem innerbetrieblichen Reglement, gemäß Art. 51 Absatz 2 Buchstabe a) des DPR 917/1986 und n.Ä.E.;
- b) die Mitglieder bei Mutual Help WHG KDS sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der Mitarbeiter, welche die vom Statut vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen;
- c) die ihre Mitgliedsbeiträge ordnungsgemäß entrichtet haben.

Die Bestimmungen der GESCHÄFTSORDNUNG DES BETRIEBSÜBERGREIFENDEN GESUNDHEITSFONDS, eingeführt von Mutual Help WHG KDS, bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Gesundheitsplans.

Mutualità mediata con



Legge 3818 maggio 1886 e successive modifiche

## PRESTAZIONI SUSSIDIABILI

### I. SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### 1.1 Ticket sanitari

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio **pari al 100%** per le spese sostenute per la compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale, regionale o provinciale per prestazioni sanitarie erogate da strutture pubbliche o strutture private/liberi professionisti convenzionati con il servizio sanitario pubblico.

Nella ricevuta fiscale deve essere necessariamente indicata la dicitura 'ticket'.

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

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio nell'area servizio sanitario nazionale è concesso **fino ad un massimo di 1.000,00 € (mille) nell'anno solare**.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Ricevuta fiscale pagata, che deve contenere necessariamente la dicitura 'ticket';
- ricevuta di pagamento.

### II. PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATE

#### 2.1 Visite specialistiche

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio per visite specialistiche, effettuate presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria ed effettuate da soggetti in possesso di laurea in medicina e chirurgia, **pari al 60% della spesa sostenuta con un massimo di 80,00 € (ottanta) per visita e fino ad un massimo di otto visite nell'anno solare**.

La ricevuta fiscale deve riportare le prestazioni specialistiche effettuate e i relativi costi separatamente da qualsiasi altra prestazione e costo.

#### 2.2 Diagnostica strumentale

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio per esami di diagnostica strumentale, effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, **pari al 60% della spesa sostenuta con un massimo di 100,00 € (cento) per esame e fino ad un massimo di tre esami nell'anno solare**.

La ricevuta fiscale deve riportare le prestazioni specialistiche effettuate e i relativi costi separatamente da qualsiasi altra prestazione e costo.

#### 2.3 Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio per ogni esame di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione, elencate nell'**Allegato C**, ed effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, **pari al 60% della spesa sostenuta con un massimo di 180,00 € (centottanta) per ogni esame**.

La ricevuta fiscale deve riportare le prestazioni specialistiche effettuate e i relativi costi separatamente da qualsiasi altra prestazione e costo.

## ANERKANNT LEISTUNGEN

### NATIONALER GESUNDHEITSDIENST

#### Sanitätsticket

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird eine Unterstützung **von 100%** für die getätigten Ausgaben für die Eigenbeteiligung am nationalen, regionalen oder provinziellen Gesundheitsdienst für Gesundheitsleistungen gewährt, erbracht von öffentlichen Einrichtungen oder privaten Einrichtungen/Freiberuflern, die mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst konventioniert sind.

Im Steuerbeleg muss notwendigerweise die Kennzeichnung „Ticket“ angeführt sein.

Die Erstattung der Tickets wird auch für Untersuchungen ausschließlich zu Präventionszwecken gewährt.

#### Höchstschädigungsgrenzen

Die Unterstützung im Bereich nationaler Gesundheitsdienst wird **bis höchstens 1.000,00 € (tausend) je Kalenderjahr** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bezahlter Steuerbeleg, notwendigerweise mit Angabe der Kennzeichnung „Ticket“;
- Zahlungsbestätigung.

### PRIVATE GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

#### Fachärztliche Visiten

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für fachärztliche Visiten, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder in freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria) und von Personen mit einem Abschluss in Medizin und Chirurgie, eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 80,00 € (achtzig) je Visite und bis maximal acht Visiten je Kalenderjahr** gewährt.

Die Steuerquittung muss die erbrachten fachärztlichen Leistungen und Kosten getrennt von jeglichen anderen Leistungen und Kosten aufführen.

#### Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für instrumentell-diagnostische Untersuchungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 100,00 € (hundert) je Untersuchung und bis maximal drei Untersuchungen je Kalenderjahr** gewährt.

Die Steuerquittung muss die erbrachten fachärztlichen Leistungen und Kosten getrennt von jeglichen anderen Leistungen und Kosten aufführen.

#### Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für jede instrumentell-hochdiagnostische und hochspezialisierte Untersuchung, gemäß **Anlage C**, und durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 180,00 € (hundertachtzig) je Untersuchung** gewährt.

Die Steuerquittung muss die erbrachten fachärztlichen Leistungen und Kosten getrennt von jeglichen anderen Leistungen und Kosten aufführen.

## 2.4 Esami di laboratorio

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio per esami di laboratorio, effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, **pari al 60% della spesa sostenuta con un massimo di 100,00 € (cento) per documento fiscale e con un massimo di tre documenti fiscali nell'anno solare.**

La ricevuta fiscale deve riportare le prestazioni specialistiche effettuate e i relativi costi separatamente da qualsiasi altra prestazione e costo.

### Limiti sussidiabili

I sussidi contenuti nell'area prestazioni sanitarie private sono concessi per spese documentate **fino ad un massimo di 2.000,00 € (duemila) nell'anno solare.**

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

#### Area prestazioni sanitarie private

- Fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

## Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für Laboruntersuchungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 100,00 € (hundert) je Steuerbeleg und bis maximal drei Steuerbelege je Kalenderjahr** gewährt.

Die Steuerquittung muss die erbrachten fachärztlichen Leistungen und Kosten getrennt von jeglichen anderen Leistungen und Kosten auführen.

### Höchstentschädigungsgrenzen

Die im Bereich private Gesundheitsleistungen vorgesehenen Unterstützungen werden **bis höchstens 2.000,00 € (zweitausend) je Kalenderjahr** gewährt.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

#### Bereich private Gesundheitsleistungen

- Bezahlte Rechnung oder Steuerbeleg;
- Zahlungsbestätigung.

## III. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 3.1 Prestazioni odontoiatriche effettuate presso strutture NON-CONVENZIONATE

Al **socio** è concesso un sussidio per prestazioni specialistiche odontoiatriche o ortodontiche, effettuate presso strutture sanitarie non-convenzionate con Mutual Help, **pari al 50% della spesa sostenuta con un massimo di 150,00 € (centocinquanta) nell'anno solare.**

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

### 3.2 Prestazioni odontoiatriche effettuate presso strutture CONVENZIONATE

Al **socio** è concesso un sussidio per prestazioni odontoiatriche, **previste nell'Allegato B** ed effettuate presso strutture sanitarie convenzionate, **fino ad un massimo della somma indicata nell'Allegato B-Fascia B.**

#### Branche dell'odontoiatria:

- A Diagnosi, radiologia, fotografia
- B Igiene orale e prevenzione
- C Endodonzia
- D Conservativa
- E Chirurgia orale
- F Parodontologia
- G Gnatologia
- H Ortodonzia
- K Implantologia e rigenerazione ossea
- L Protesi fissa
- M Protesi mobile
- P Protesi overdenture-overimplant
- Q Protesi scheletrata
- R Protesi parziale

**Per le prestazioni 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 dichiarazione del dentista contenente la data di inizio e di fine del trattamento ortodontico, nonché i referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali di inizio cura.

## ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

### Zahnärztliche Leistungen durchgeführt bei NICHT-VERTRAGSGEBUNDENEN Strukturen

Dem **Mitglied** wird für zahnärztliche oder kieferorthopädische Leistungen, durchgeführt bei nicht-vertragsgebundenen Strukturen, eine Unterstützung **von 50% der getätigten Ausgabe bis höchstens 150,00 € (hundertfünfzig) je Kalenderjahr** gewährt.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bezahlte Rechnung oder Steuerbeleg;
- Zahlungsbestätigung.

### Zahnärztliche Leistungen durchgeführt bei VERTRAGSGEBUNDENEN Strukturen

Dem **Mitglied** wird für zahnärztliche Leistungen, **gemäß Anlage B** und durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen, eine Unterstützung **bis höchstens der in der Anlage B-Bereich B angeführten Beträge** gewährt.

#### Bereiche der Zahnheilkunde:

- A Diagnose, Röntgenologie, Photographie
- B Mundhygiene und Prävention
- C Endodontie
- D Konservierenden Leistungen
- E Mundchirurgie
- F Parodontologie
- G Gnatologie
- H Kieferorthopädie
- K Implantologie und Knochenregeneration
- L Fixe Prothesen
- M Abnehmbare Prothesen
- P Overdenture-Overimplant Prothesen
- Q Gebissprothesen
- R Teilprothesen

**Bei Leistungen der Implantologie und bei fixen Prothesen** muss die Dokumentation vom Ende der Behandlung beigelegt werden. Die Unterstützung kann erst nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

**Bei Kieferorthopädie-Leistungen** muss die Erklärung des Zahnarztes mit Datum des Beginns und des Endes der kieferorthopädischen Behandlung beigelegt werden sowie die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation vom Behandlungsbeginn.

Per ottenere un sussidio per le spese sostenute, devono essere presenti sul documento fiscale:

- le prestazioni effettuate;
- il relativo costo;
- i codici assegnati alle prestazioni, ex Allegato B (se sulla fattura non siano indicati i relativi codici, deve essere allegata la 'scheda tecnica del piano terapeutico' redatta dallo studio dentistico).

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

**Non vengono accettati preventivi di spesa e/o fatture di acconto**, salvo quanto indicato al successivo capoverso. Inoltre, non sono riconosciute prestazioni che non siano elencate e codificate nell'Allegato B-Fascia B.

**Esclusivamente per le prestazioni ortodontiche (Ho2/Ho3) vengono accettate anche fatture di acconto**, per le quali deve essere presentata la richiesta di sussidio annualmente entro il termine previsto dal regolamento applicativo.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- scheda tecnica (solo nel caso in cui i codici delle prestazioni elencate nell'Allegato B non siano presenti sulla fattura);
- in caso di prestazioni ortodontiche: dichiarazione del dentista con la data di inizio e la data di fine del trattamento ortodontico, nonché referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali dell'inizio del trattamento ortodontico;
- in caso di implantologia e protesi fissa possono essere richiesti anche referti radiologici, fotografie intraorali, o altri esami diagnostici strumentali di fine cura.

### 3.3 Prestazioni odontoiatriche effettuate presso strutture PUBBLICHE

Al **socio**, o per un suo **figlio avente diritto**, che si avvalga di strutture di odontostomatologia del servizio sanitario nazionale, è concesso il seguente sussidio:

- a) **100 %** della spesa sostenuta per la compartecipazione dovuta al Servizio Sanitario Nazionale; nella ricevuta fiscale deve essere necessariamente indicata la dicitura 'ticket';
- b) **100 %** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio per le prestazioni odontoiatriche effettuate presso strutture convenzionate (3.2) e strutture pubbliche (3.3) è concesso **fino ad un massimo di 4.000,00 € (quattromila) nell'anno solare**.

### 3.4 Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, in caso di infortunio, è concesso un sussidio per prestazioni odontoiatriche o ortodontiche (con presentazione di apposita documentazione medica di struttura pubblica di pronto soccorso o del dentista, attestante la perdita/lesioni degli elementi dentari in seguito di infortunio), come di seguito riportato:

**Um eine Unterstützung für die getätigten Ausgaben zu erhalten**, muss auf dem Steuerbeleg folgendes angeführt sein:

- die durchgeführte Leistung;
- die entsprechenden Kosten;
- die den Leistungen zugewiesenen Kodexe, gemäß Anlage B (falls auf der Rechnung keine Kodexe angeführt sind, muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte 'technische Datenblatt zum Therapieplan' beigelegt werden).

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Limits beantragt werden.

**Kostenvoranschläge und Anzahlungen werden nicht anerkannt**, außer im Falle der Angaben im nachfolgenden Absatz. Ebenfalls nicht anerkannt werden Leistungen, die nicht in der Anlage B-Bereich B angeführt sind.

**Ausschließlich für die kieferorthopädische Leistungen (Ho2/Ho3) werden auch Akontorechnungen akzeptiert**, für welche der Antrag auf Unterstützung jährlich innerhalb der von der Geschäftsordnung vorgesehenen Frist vorgelegt werden muss.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- technisches Datenblatt (nur falls die Kodexe der Leistungen gemäß Anlage B nicht auf der Rechnung angeführt sind);
- im Falle von kieferorthopädischen Leistungen: Erklärung des Zahnarztes mit Beginn und Ende der kieferorthopädischen Behandlung sowie Panoramaaufnahmen, intraorale Fotos oder andere instrumental-diagnostische Dokumentation vom Beginn der Behandlung;
- im Falle der Implantologie und fixe Prothesen können Panoramaaufnahmen, intraorale Fotos oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation vom Ende der Behandlung angefordert werden.

### Zahnärztliche Leistungen durchgeführt bei ÖFFENTLICHEN Strukturen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Kind**, das die zahnärztlichen Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes in Anspruch nimmt, wird folgende Unterstützung gewährt:

- a) **100 %** der getätigten Ausgabe für die Eigenbeteiligung am nationalen Gesundheitsdienst; im Steuerbeleg muss notwendigerweise die Kennzeichnung „Ticket“ angeführt sein;
- b) **100 %** der getätigten Ausgabe für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

#### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für zahnärztliche Leistungen, durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen (3.2) und bei öffentlichen Strukturen (3.3), wird **bis höchstens 4.000,00 € (viertausend) je Kalenderjahr** gewährt.

### Zahnärztliche Leistungen aufgrund eines Unfalls

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird im Falle eines Unfalls (mit der Vorlage einer entsprechenden medizinischen Dokumentation der Erste-Hilfe-Einrichtung einer öffentlichen Struktur oder des Zahnarztes, die den Verlust/die Verletzung der Zahnelemente aufgrund des Unfalls bescheinigt), folgende Unterstützung für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen gewährt:

- a) **100 %** della spesa sostenuta per la compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale; nella ricevuta fiscale deve essere necessariamente indicata la dicitura 'ticket';
- b) **50%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

Il sussidio è concesso anche se le prestazioni odontoiatriche vengono effettuate in strutture non-convenzionate.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio per le prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio è concesso **fino ad un massimo di 2.000,00 € (duemila) per infortunio e per anno solare.**

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Referto del pronto soccorso che attesti inequivocabilmente la perdita/lesione dei denti a causa di un infortunio, indicando anche le prestazioni odontoiatriche specialistiche da effettuare;
- certificato medico del dentista che attesti inequivocabilmente che le prestazioni specialistiche odontoiatriche sono state eseguite esclusivamente in relazione alla perdita/ lesione degli elementi dentali a causa dell'infortunio certificato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

### 3.5 Prestazioni ortodontiche relative agli apparecchi ortodontici ed effettuate presso strutture CONVENZIONATE (valido per figli aventi diritto)

Al socio, per suo **figlio avente diritto**, è concesso un sussidio per le spese sostenute per **prestazioni ortodontiche di seguito elencate, relativa ad apparecchiatura fissa, mobile o funzionale** ed effettuate presso strutture sanitarie convenzionate, come di seguito riportato:

- a) **100 %** der getätigten Ausgabe für die Eigenbeteiligung am nationalen Gesundheitsdienst; im Steuerbeleg muss notwendigerweise die Kennzeichnung „Ticket“ angeführt sein;
- b) **50 %** der getätigten Ausgabe für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind.

Die Unterstützung wird auch dann gewährt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei nicht-vertragsgebundenen Strukturen durchgeführt werden.

#### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für zahnärztliche Leistungen aufgrund eines Unfalls wird **bis höchstens 2.000,00 € (zweitausend) je Unfall und Kalenderjahr** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bericht der Erste-Hilfe-Einrichtung, der zweifelsfrei den Verlust/die Verletzung der Zahnelemente aufgrund eines Unfalls bescheinigt, mit Angabe der zu erbringenden fachärztlichen Zahnarztleistungen;
- ärztliches Attest des Zahnarztes, das zweifelsfrei belegt, dass die Zahnarztleistungen ausschließlich im Zusammenhang mit dem Verlust/die Verletzung der Zahnelemente aufgrund des bescheinigten Unfalls durchgeführt wurden;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

### Kieferorthopädische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnspangen und durchgeführt bei VERTRAGSGEBUNDENEN Strukturen (gültig für anspruchsberechtigte Kinder)

Dem Mitglied wird für sein **anspruchsberechtigtes Kind** für getätigte Ausgaben für **kieferorthopädische Leistungen im Zusammenhang mit festsitzender, herausnehmbarer oder funktioneller Zahnspange** und durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen, folgende Unterstützung gewährt:

Codici Kodexe	VISITE - DIAGNOSI - RADIOLOGIA – FOTOGRAFIA (richiesta con la fattura finale) VISITEN - DIAGNOSE - RÖNTGEN – FOTOGRAFIE (Antrag mit der Endrechnung)	Importi Beträge
A01	Visita specialistica odontoiatrica con 'piano di cure' preventivo di spesa Fachärztliche Zahnarztvisite mit Therapieplan und Kostenvoranschlag	inclusa nel piano terapeutico im therapeutischen Plan enthalten € 0,00
A02	Radiografia endorale periapicale Kleinbildröntgen	massimo tre lastrine pre-cure e tre lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste max. drei Röntgenbilder vor- und nachher, ausschließlich in Bezug auf die angefragten Leistungen € 11,00
A03	Radiografia endorale per arcata (studio parodontale) Röntgenologischer Status pro Kiefer (Parodontaldiagnose)	massimo una volta all'anno einmal je Kalenderjahr € 112,00
A04	Telecranio pre e post-cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure odontoiatriche Fernröntgen vor und nach Therapie (beliebige Anzahl von Projektionen) und eventuell cefalometrische Untersuchung	massimo due volte all'anno; non sussidiabile se eseguite le fotografie pre- e post-cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste max. zwei Mal je Kalenderjahr; nicht erstattbar, wenn die Fotos vor und nach Behandlung gemacht wurden; nur in Bezug auf die angefragten Leistungen € 26,00
A05	Ortopantomografia (OPT) Orthopantomographie (Panoramaröntgen)	massimo due volte all'anno max. zwei Mal je Kalenderjahr € 32,00
A06	2x radiografie tipo 'bite wing' (per la diagnosi della carie interprossimale) 2x Bissflügelaufnahmen (Diagnose der Zwischenraumkaries)	€ 20,00

A07	In alternativa ad O.P.T. e/o Rx endorali periapicale: fotografia o immagine video intraorale Alternativ zum O.P.T. und/oder der Röntgenaufnahme: intraorale Fotos oder Filme	massimo due fotografie pre-cure o due fotografie endorali occlusali pre- e post-cure max. zwei Fotografien für vorher und zwei Röntgenfotos vor- und nach Behandlung	€ 8,00
A08	In alternativa a telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia funzionale rimovibile: fotografia del morso/morso inverso fotografia o immagine video intraorale Alternativ zum Fernröntgen und der cefalometrischen Untersuchung vor Behandlung für die abnehmbare funktionale Therapie: Fotodokumentation der Modelle und/oder des Bisses oder intraorale Filmaufnahmen	massimo tre fotografie pre-cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste max. drei Fotografien vor Behandlung; nur in Bezug auf die angefragten Leistungen	€ 10,00
A09	In alternativa a telecranio post-cure per la terapia ortodontica funzionale rimovibile: fotografia dei modelli in occlusione Alternativ zu Fernröntgen nach Behandlung durch funktionelle abnehmbare kieferorthopädische Therapie: Foto der Modelle in Occlusion	massimo tre cure; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste Maximal drei Behandlungen; nur in Bezug auf die angefragten Leistungen	€ 10,00
A10	Dentalscan una arcata dentaria (superiore o inferiore) Dentalscan für ein Kiefer (Ober- oder Unterkiefer)	massima due volte all'anno maximal zwei Mal je Kalenderjahr	€ 36,00
A11	Dentalscan entrambe le arcate dentarie (superiore o inferiore) Dentalscan für beide Kiefer (Ober- und Unterkiefer)	massima due volte all'anno maximal zwei Mal je Kalenderjahr	€ 60,00
A12	Impronta e modelli in gesso dell'arcata superiore ed inferiore Abdruck und Gipsmodelle des Ober- und Unterkiefers	massima due volte all'anno maximal zwei Mal je Kalenderjahr	€ 24,00

<b>ORTODONZIA (richiesta con la fattura finale, salvo Ho2/Ho3) KIEFERORTOPÄDIE (Antrag mit der Endrechnung, außer Ho2/Ho3)</b>			
Ho1	Visita specialistica ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio Kieferorthopädische Untersuchung (erste Visite) einschließlich Abdruck für Studienmodelle		€ 12,00
Ho2	Trattamento ortodontico per adolescenti – comprese apparecchiatura fissa, mobile o funzionale incl. Ho1 (vengono accettate anche fatture di acconto, se presentate annualmente) Jugendliche kieferorthopädische Behandlung – mit fixer, abnehmbarer oder funktioneller Spange inkl. Ho1 (es werden auch jährlich eingereichte Akontorechnungen akzeptiert)	sussidiabile una volta all'anno (fattura complessiva con le spese di tutto l'anno) per un massimo di 3 anni; non ripetibile; non cumulabile con Ho3 einmal im Jahr erstattbar (Sammelrechnung mit den gesamten jährlichen Kosten) für maximal drei Jahre; nicht wiederholbar; nicht kumulierbar mit Ho3	€ 1.650,00
Ho3	Trattamento ortodontico adulto – comprese apparecchiatura fissa, mobile o funzionale incl. Ho1 (vengono accettate anche fatture di acconto, se presentate annualmente) Erwachsene kieferorthopädische Behandlung – mit fixer, abnehmbarer oder funktioneller Spange inkl. Ho1 (es werden auch jährlich eingereichte Akontorechnungen akzeptiert)	sussidiabile una volta all'anno (fattura complessiva con le spese di tutto l'anno) per un massimo di 3 anni; non ripetibile; non cumulabile con Ho2 einmal im Jahr erstattbar (Sammelrechnung mit den gesamten jährlichen Kosten) für maximal drei Jahre; nicht wiederholbar; nicht kumulierbar mit Ho2	€ 1.650,00
Ho4	Bite notturno Nachtschiene		€ 750,00
Ho5	Terapia ortodontica di mantenimento - ad anno di cura, max 2 anni (Visite successive) Kieferorthopädische Therapie zur Stabilisierung der Therapieergebnisse pro Jahr, max 2 Jahre (Folgevisiten)		€ 90,00
Ho6	Trattamento del morso inverso col disgiuntore fisso o mobile (espansore) incluso visite e attivazioni dell'apparecchiatura Behandlung des Kreuzbisses mit festsitzender oder herausnehmbarer Gaumennahterweiterungsapparatur (Expander) inklusive Visiten zur Aktivierung des Apparats.		€ 750,00
Ho7	Trattamento della progenia col disgiuntore e maschera di Delaire Behandlung der Progenie mit der Gaumennahterweiterungsapparatur und Delaire Maske		€ 900,00

Per ottenere un sussidio per le spese sostenute, dovrà essere allegata la dichiarazione del dentista contenente la data di inizio e di fine del trattamento ortodontico, nonché i referti

Um eine Unterstützung für die getätigten Ausgaben zu erhalten, muss die Erklärung des Zahnarztes mit Datum des Beginns und des Endes der kieferorthopädischen Behandlung

radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali di inizio cura, nonché devono essere presenti sulla ricevuta fiscale (fattura):

- le prestazioni effettuate;
- il relativo costo;
- i codici assegnati alle prestazioni, ex Allegato B (se sulla fattura non siano indicati i relativi codici, deve essere allegata la 'scheda tecnica del piano terapeutico' redatta dallo studio dentistico).

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

**Non vengono accettati preventivi di spesa e/o fatture di acconto**, salvo quanto indicato al successivo capoverso. Inoltre, non sono riconosciute prestazioni che non siano elencate e codificate al suindicato punto 3.5.

**Esclusivamente per i codici suindicati Ho2 e Ho3 vengono accettate anche fatture di acconto**, per le quali deve essere presentata la richiesta di sussidio annualmente entro il termine previsto dal regolamento applicativo.

#### Limiti sussidiabili

Il sussidio per prestazioni specialistiche odontoiatriche (3.5) effettuate presso strutture convenzionate è concesso **fino ad un massimo di 2.250,00 € (duemiladuecentocinquanta) nell'anno solare**.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- scheda tecnica (solo nel caso in cui i codici delle prestazioni elencate nell'Allegato B non siano presenti sulla fattura);
- **in caso di prestazioni ortodontiche**: dichiarazione del dentista con la data di inizio e la data di fine del trattamento ortodontico, nonché referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali dell'inizio del trattamento ortodontico.

## IV. AREA OSPEDALIERA

### 4.1 Ricovero ospedaliero

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, è concesso la seguente diaria ospedaliera dal primo fino all'ultimo giorno del ricovero:

- a) **30,00 € (trenta)** in caso di ricovero del socio in Italia;
- b) **40,00 € (quaranta)** in caso di ricovero del socio all'estero;
- c) **15,00 € (quindici)** in caso di ricovero del familiare in Italia;
- d) **25,00 € (venticinque)** in caso di ricovero del familiare all'estero.

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

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione dell'ospedale dal quale risulti la data di ricovero e di dimissione e la diagnosi;
- certificato di residenza\*, nel caso il ricovero sia avvenuto all'estero.

### 4.2 Degenza per ricovero diurno con intervento chirurgico (Day Hospital)

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto ad un intervento chirurgico effettuato presso una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno e seguito

beilegt werden sowie die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation vom Behandlungsbeginn. Auf der Rechnung muss folgendes angeführt sein:

- die durchgeführte Leistung;
- die entsprechenden Kosten;
- die den Leistungen zugewiesenen Kodexe, gemäß Anlage B (falls auf der Rechnung keine Kodexe angeführt sind, muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte 'technische Datenblatt zum Therapieplan' beigelegt werden).

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden.

**Kostenvoranschläge und Anzahlungen werden nicht anerkannt**, außer im Falle der Angaben im nachfolgenden Absatz. Ebenfalls nicht anerkannt werden Leistungen, die nicht im oben genannten Punkt 3.5 angeführt sind.

**Ausschließlich für die oben angeführten Kodexe Ho2 und Ho3 werden auch Akontorechnungen akzeptiert**, für welche der Antrag auf Unterstützung jährlich innerhalb der von der Geschäftsordnung vorgesehenen Frist vorgelegt werden muss.

#### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für fachärztliche Zahnarztleistungen (3.5), durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen wird bis höchstens **2.250,00 € (zweitausendzweihundertfünfzig)** je Kalenderjahr gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- technisches Datenblatt (nur falls die Kodexe der Leistungen gemäß Anlage B nicht auf der Rechnung angeführt sind);
- **im Falle von kieferorthopädischen Leistungen**: Erklärung des Zahnarztes mit Beginn und Ende der kieferorthopädischen Behandlung sowie Panoramaaufnahmen, intraorale Fotos oder andere instrumental-diagnostische Dokumentation vom Beginn der Behandlung.

## KRANKENHAUSBEREICH

### Stationärer Aufenthalt

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird bei einem stationären Krankenhausaufenthalt nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten, folgendes Krankenhaustagegeld vom ersten bis zum letzten Tag des Aufenthalts gewährt:

- a) **30,00 € (dreißig)** bei Aufenthalt des Mitglieds in Italien;
- b) **40,00 € (vierzig)** bei Aufenthalt des Mitglieds im Ausland;
- c) **15,00 € (fünfzehn)** bei Aufenthalt des Familienmitglieds in Italien;
- d) **25,00 € (fünfundzwanzig)** bei Aufenthalt des Familienmitglieds im Ausland.

Die Unterstützung wird nicht für den Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen ausbezahlt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein des Krankenhauses mit Angabe des Aufnahme- und Entlassungsdatum und der Diagnose;
- Wohnsitzbescheinigung\*, im Falle eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus im Ausland.

### Stationärer Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff in einer Tagesklinik (Day Hospital)

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, welches sich eines chirurgischen Eingriffs in einer Tagesklinik mit eventueller Übernachtung eines chirurgischen

eventualmente da un singolo pernottamento, è concesso il seguente sussidio forfetario per ogni ricovero diurno:

- a) **130,00 € (centotrenta)** per il socio;
- b) **70,00 € (settanta)** per il familiare.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Cartella clinica\*\*, nella quale 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 Day Hospital.

### 4.3 Ricovero in strutture riabilitative

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, ricoverato in una struttura ospedaliera per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, è concesso la seguente diaria giornaliera dal primo fino all'ultimo giorno del ricovero:

- a) **30,00 € (trenta)** per il socio;
- b) **15,00 € (quindici)** per il familiare.

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

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Cartella clinica\*\*, dalla quale risulti la data di ricovero e di dimissione, la diagnosi e le terapie praticate.

### 4.4 Assistenza ricovero pediatrico

Al **socio**, per un suo **figlio avente diritto di età inferiore agli otto anni** ricoverato in una struttura pediatrica dopo le prime due notti consecutive di ricovero, è concesso un sussidio **pari a 10,00 € (dieci) al giorno e fino ad un massimo di 15 giorni per ricovero**.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione dell'unità pediatrica dell'ospedale, dal quale risulti la data di ricovero e di dimissione;
- carta d'identità del figlio avente diritto di età inferiore agli otto anni.

## V. INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

### 5.1 Interventi chirurgici sussidiabili effettuati presso strutture sanitarie PRIVATE

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto presso strutture sanitarie private o presso strutture pubbliche in libera professione intramuraria ad un intervento chirurgico sussidiabile, intendendo come tale ogni intervento compreso nell'**Allegato A**, è concesso un sussidio fino alla concorrenza massima della somma indicata nella **Fascia A**, quale sostegno per le seguenti spese sanitarie sostenute e documentate, relativamente all'intervento chirurgico effettuato:

- 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;

Eingriffs unterzieht, wird folgender pauschaler Tagessatz je Tagesklinikaufenthalt gewährt:

- a) **130,00 € (hundertdreißig)**, für das Mitglied;
- b) **70,00 € (siebzig)**, für das Familienmitglied.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Krankengeschichte\*\*, aus der die spezifisch belegte effektive Einlieferung, die Diagnose und die Art des durchgeführten chirurgischen Eingriffs hervorgehen und mit dem Vermerk, dass die Aufnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Day Hospital erfolgte.

### Stationärer Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird bei einem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten, folgendes Tagegeld vom ersten bis zum letzten Tag des Aufenthalts gewährt:

- a) **30,00 € (dreißig)** für das Mitglied;
- b) **15,00 € (fünfzehn)** für das Familienmitglied.

Die Unterstützung wird **für höchstens 15 Tage je stationärem Aufenthalt** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Krankengeschichte\*\*, aus der das Aufnahme- und Entlassungsdatum, die Diagnose und die durchgeführten Behandlungen ersichtlich sind.

### Stationärer Aufenthalt in der Pädiatrie

Dem **Mitglied** wird für sein **anspruchsberechtigtes Kind im Alter von unter acht Jahren**, bei einem stationären Aufenthalt in der Pädiatrie nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten, eine Unterstützung **von 10,00 € (zehn) je Tag und für höchstens 15 Tage je Aufenthalt** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsscheins der Pädiatrie-Abteilung des Krankenhauses, aus der das Aufnahme- und Entlassungsdatum ersichtlich sind;
- Identitätskarte des anspruchsberechtigten Kindes im Alter von unter acht Jahren.

## ANERKANNTE CHIRURGISCHE EINGRIFFE

### Anerkannte chirurgische Eingriffe durchgeführt in PRIVATEN Gesundheitseinrichtungen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, welches sich in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria) eines gemäß **Anlage A** anerkannten chirurgischen Eingriffs unterzieht, wird bis zum in **Bereich A** angeführten Höchstbetrag eine Unterstützung für die nachstehenden getätigten und belegten Ausgaben betreffend den durchgeführten chirurgischen Eingriff gewährt:

- a) Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der stationären Aufnahme 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) Materialien für den Eingriff, inbegriffen therapeutische Behandlungen und Prothesen während des Eingriffs;
- e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt;
- f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen während des stationären Aufenthalts bezüglich des chirurgischen Eingriffs;

- 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.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione con anamnesi e diagnosi, nonché il tipo dell'intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

### 5.2 Trasporto del malato con mezzo sanitario con successivo intervento chirurgico effettuato in strutture sanitarie PRIVATE

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso di trasporto del malato con mezzo sanitario e con successivo intervento chirurgico compreso nell'**Allegato A**, è concesso un sussidio **pari all'80 % della spesa sostenuta per il trasporto del malato e fino ad un massimo di 2.000,00 € (duemila) per evento**.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione con anamnesi e diagnosi, nonché il tipo dell'intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

### 5.3 Interventi chirurgici sussidiabili effettuati presso strutture sanitarie PUBBLICHE

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile, intendendo per tale ogni intervento compreso nell'**Allegato A**, ed effettuato presso strutture sanitarie pubbliche, è concesso un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100 % e fino ad un massimo di 1.000,00 € (mille) per intervento** delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio, **effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento** e resi necessari dall'intervento stesso;
- b) **100 % e fino ad un massimo di 1.000,00 € (mille) per intervento** delle spese sostenute 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;
- c) **80 % e fino ad un massimo di 2.000,00 € (duemila) per evento**, della spesa sostenuta per il trasporto del malato con mezzo sanitario;
- d) indennità ospedaliera per ricovero pari a:
  - **30,00 € (trenta)** giornalieri per ricovero in Italia;
  - **40,00 € (quaranta)** giornalieri per ricovero all'estero.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione con il totale dei giorni di ricovero, anamnesi e diagnosi, nonché il tipo dell'intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;

- g) Entnahme von Organen oder Organteilen, Einlieferungen des Organspenders, diagnostische Untersuchungen, ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgischer Eingriff zur Entnahme der Organe, Pflegebehandlungen, Medikamente und Aufenthaltsgebühren;
- h) fachärztliche Visiten, instrumentell-diagnostische und Laboruntersuchungen, physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, Kauf oder Miete von Prothesen oder sanitären Hilfsmitteln, in den **120 Tagen nach** dem Eingriff und aufgrund des Eingriffs notwendig.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein mit Anamnese und Diagnose sowie der Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

### Krankentransport mit Sanitätsfahrzeug und darauffolgendem chirurgischem Eingriff durchgeführt in PRIVATEN Heilanstalten

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für den Krankentransport mit einem Sanitätsfahrzeug und mit darauffolgendem chirurgischem Eingriff gemäß **Anlage A** eine Unterstützung **von 80 % für die getätigte Ausgabe für den Krankentransport und bis höchstens 2.000,00 € (zweitausend) je Ereignis** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein mit Anamnese und Diagnose sowie der Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

### Anerkannte chirurgische Eingriffe durchgeführt in ÖFFENTLICHEN Gesundheitseinrichtungen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird im Falle eines anerkannten chirurgischen Eingriffs gemäß **Anlage A** und durchgeführt bei öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, eine Unterstützung, wie nachstehend angeführt, gewährt:

- a) **100 % und bis höchstens 1.000,00 € (tausend) je Eingriff** der getätigten Ausgaben für fachärztliche Visiten, diagnostische und Laboruntersuchungen, **durchgeführt in den 120 Tagen vor dem stationären Aufenthalt**, und die für den Eingriff selbst erforderlich sind;
- b) **100 % und bis höchstens 1.000,00 € (tausend) je Eingriff** der getätigten Ausgaben für fachärztliche Visiten, diagnostische und Laboruntersuchungen, physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, Ankauf und/oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten, **durchgeführt in den 120 Tagen nach dem Eingriff** und aufgrund des Eingriffs selbst notwendig;
- c) **80 % und bis höchstens 2.000,00 € (zweitausend) je Ereignis** der getätigten Ausgabe für den Transport des Kranken mit einem Sanitätsfahrzeug;
- d) Krankenhaustagegeld für den stationären Aufenthalt:
  - **30,00 € (dreißig)** je stationärem Aufenthalt in Italien;
  - **40,00 € (vierzig)** je stationärem Aufenthalt im Ausland.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein mit Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts, der Anamnese und Diagnose sowie der Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;

- certificato di residenza\*, per interventi effettuati all'estero, se necessario;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

#### 5.4 Indennità sostitutiva per ricovero ospedaliero con intervento chirurgico sussidiabile

Qualora il **socio**, o un suo **familiare avente diritto**, sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile, intendendo per tale ogni intervento compreso nell'**Allegato A**, ed effettuato presso strutture sanitarie pubbliche, **ed il socio non richieda un sussidio di cui al precedente punto 5.3**, è concesso al socio, o per un suo avente diritto, la seguente indennità sostitutiva **per ogni giorno di ricovero e fino ad un massimo di 30 giorni per ogni intervento**:

- a) **40,00 € (quaranta)** per ricovero del **socio o del familiare** in Italia;
- b) **60,00 € (sessanta)** per ricovero del **socio o del familiare** all'estero.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione con il totale dei giorni di ricovero, anamnesi e diagnosi, nonché il tipo dell'intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- certificato di residenza\*, per interventi effettuati all'estero, se necessario;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

#### 5.5 Interventi chirurgici ambulatoriali

Al **socio**, nel caso esegua interventi chirurgici ambulatoriali presso strutture sanitarie private o presso strutture pubbliche in libera professione intramuraria, è concesso un sussidio **pari al 60% della spesa sostenuta con un massimo di 120,00 € (centoventi) per documento fiscale e fino ad un massimo di due documenti fiscali nell'anno solare**.

La ricevuta fiscale deve riportare le prestazioni specialistiche effettuate e i relativi costi separatamente da qualsiasi altra prestazione e costo.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione completa di anamnesi, indicazione del tipo di intervento effettuato e la data dell'intervento;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

#### 5.6 Interventi chirurgici per il neonato

Al **socio**, per il **figlio neonato** ricoverato nel primo anno di vita presso una struttura ospedaliera per effettuare interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite, è concesso un sussidio **fino alla concorrenza massima di 10.000,00 € (diecimila)** per le seguenti spese sostenute:

- a) spese sostenute riguardati l'intervento chirurgico;
- b) visite specialistiche, accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio effettuate prima e dopo il ricovero e riguardanti l'intervento chirurgico;
- c) retta di vitto e pernottamento nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per l'eventuale accompagnatore.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di nascita\* del neonato;
- certificato di dimissione con il totale dei giorni di ricovero, anamnesi e diagnosi, nonché il tipo dell'intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;

- Wohnsitzbescheinigung\*, bei Eingriffen im Ausland, falls erforderlich;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

#### Ersatztagelgeld für stationärem Krankenhausaufenthalt mit anerkanntem chirurgischem Eingriff

Falls das **Mitglied**, oder sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, einem anerkannten chirurgischen Eingriff gemäß **Anlage A** unterzogen wird, der in öffentlichen Strukturen durchgeführt wird, **und das Mitglied keine Erstattung gemäß vorhergehenden Punkt 5.3 beantragt**, wird dem Mitglied, oder für sein Familienmitglied, **für jeden Tag des stationären Aufenthalts und bis zu maximal 30 Tage je Eingriff** folgendes Ersatztagelgeld gewährt:

- a) **40,00 € (vierzig)** bei stationärem Aufenthalt des **Mitglieds oder des Familienmitglieds** in Italien;
- b) **60,00 € (sechzig)** bei stationärem Aufenthalt des **Mitglieds oder des Familienmitglieds** im Ausland.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein mit Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts, der Anamnese und Diagnose sowie der Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- Wohnsitzbescheinigung\*, bei Eingriffen im Ausland, falls erforderlich;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

#### Ambulante chirurgische Eingriffe

Dem **Mitglied** wird, im Falle von ambulant chirurgischen Eingriffen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 120,00 € (hundertzwanzig) je Steuerbeleg und bis höchstens zwei Steuerbelege je Kalenderjahr** gewährt.

Die Steuerquittung muss die erbrachten fachärztlichen Leistungen und Kosten getrennt von jeglichen anderen Leistungen und Kosten aufführen.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein mit Angabe der vollständigen Anamnese sowie Art und Datum des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

#### Chirurgische Eingriffe für das Neugeborene

Dem **Mitglied** wird für sein **neugeborenes Kind** bei einem in dessen ersten Lebensjahr stationärem Krankenhausaufenthalt, um chirurgische Eingriffe zur Korrektur angeborener Fehlbildungen durchzuführen, eine Unterstützung **bis höchstens 10.000,00 € (zehntausend)** und für die folgenden getätigten Ausgaben gewährt:

- a) getätigte Ausgaben betreffend den chirurgischen Eingriff;
- b) Facharztvisiten, instrumentell-diagnostische und Laboruntersuchungen, durchgeführt vor und nach dem Aufenthalt und den chirurgischen Eingriff betreffend;
- c) Spesen für Übernachtung und Verpflegung im Krankenhaus oder in einem Hotel der eventuellen Begleitperson.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Geburtsurkunde\* des Neugeborenen;
- Entlassungsschein mit Anzahl der Aufenthaltstage, Anamnese, Diagnose, der Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;

- ricevuta di pagamento;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

### 5.7 Indennità sostitutiva - per interventi chirurgici per il neonato

Qualora il **socio**, non richieda i rimborsi di cui al punto precedente, è concesso un'indennità sostitutiva **pari a 50,00 € (cinquanta) per ogni giorno di ricovero del neonato e fino ad un massimo di 30 giorni per intervento.**

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di nascita\* del neonato;
- certificato di dimissione con il totale dei giorni di ricovero, anamnesi e diagnosi ed il tipo dell'intervento effettuato;
- Cartella clinica\*\*, se necessaria.

## VI. CHIRURGIA OCULISTICA

### 6.1 Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che effettui trattamenti laser o terapie di seguito specificate, è concesso un sussidio **pari al 50% delle spese sostenute e fino ad un massimo di 1.000,00 € (mille).**

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 alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione o certificazione sanitaria del medico oculista attestante l'anamnesi e la diagnosi della malattia che richiede l'intervento, nonché il tipo di intervento effettuato;
- ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento;
- cartella clinica\*\*, se necessaria.

## VII. CURE

### 7.1 Trattamenti fisioterapici/osteopatici

Al **socio** è concesso un sussidio della spesa sostenuta per trattamenti fisioterapici e di osteopatia, effettuati presso strutture sanitarie private o presso strutture sanitarie pubbliche in libera professione intramuraria, **pari al 70% e fino ad un massimo di 240,00 € (duecentoquaranta) nell'anno solare.**

Il sussidio viene concesso solo a seguito della prescrizione da parte del medico specialista che indichi la patologia per la quale si rende necessario il trattamento.

**Sono riconosciute le prescrizioni rilasciate fino a sei mesi prima della data del trattamento.**

Non saranno accettate prescrizioni rilasciate dopo la data del trattamento.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- La prescrizione medica rilasciata non più di sei mesi prima della data del trattamento, con indicazione della descrizione della patologia;

- Zahlungsbestätigung;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

### Ersatztagelgeld - bei chirurgischen Eingriffen für das Neugeborene

Beantragt das **Mitglied** keine Unterstützung gemäß dem vorhergehenden Punkt, wird ein Ersatztagelgeld **von 50,00 € (fünfzig) für jeden Tag des stationären Aufenthaltes des Neugeborenen und für höchstens 30 Tage je Eingriff** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Geburtsurkunde\* des Neugeborenen;
- Entlassungsschein mit Anzahl der Aufenthaltstage sowie Anamnese, Diagnose und Art des durchgeführten Eingriffs;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

## AUGENCHIRURGIE

### Korrekturingriff mittels Excimer-Laser

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, die sich einer unten angeführten Laserbehandlung oder Therapie unterziehen, wird eine Unterstützung **von 50% der getätigten Ausgabe bis höchstens 1.000,00 € (tausend)** gewährt.

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

**Das Anrecht auf Unterstützung ist für folgende Excimer-Laser-Eingriffe vorgesehen:**

- Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken (ausgenommen ästhetische Zwecke) zur vollständigen Behandlung oder Korrektur mittels Excimer-Laser von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit;
- laserunterstützte intrastomale Keratomileusis;
- photodynamische Therapie mit Verteporfin.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein oder Bescheinigung des Augenarztes mit Anamnese und Diagnose der Krankheit, die den Eingriff erforderlich macht sowie die Art des durchgeführten Eingriffs;
- bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung;
- Krankengeschichte\*\*, falls erforderlich.

## KUREN

### Physiotherapeutische/osteopathische Behandlungen

Dem **Mitglied** wird für physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria), eine Unterstützung in Höhe **von 70% der getätigten Ausgabe und bis höchstens 240,00 € (zweihundertvierzig) je Kalenderjahr** gewährt.

Die Unterstützung wird nur nach Vorlage einer ärztlichen Verschreibung gewährt, in der die Erkrankung angegeben ist, für die die Behandlung erforderlich ist.

**Anerkannt werden Verschreibungen, die bis zu sechs Monate vor dem Behandlungsdatum ausgestellt wurden.**

Verschreibungen, die nach dem Behandlungsdatum ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Die nicht älter als sechs Monate vor dem Behandlungsdatum ausgestellte Verschreibung des Arztes mit Angabe der Beschreibung der Erkrankung;

- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

### 7.2 Cure termali

Al **socio**, che esegue cure idro-fango-termali in Italia, è concesso il seguente sussidio:

- a) 50 % della spesa sostenuta **fino ad un massimo di 140,00 € (centoquaranta/00) per terapie termali nell'anno solare;**
- b) 50 % del costo della visita specialistica effettuata presso la struttura termale quale accesso alle cure, **fino ad un massimo di 100,00 € (cento) nell'anno solare.**

Il sussidio viene concesso solo a seguito della prescrizione da parte del medico specialista che indichi la patologia per la quale si rende necessaria la cura termale.

**Sono riconosciute le prescrizioni rilasciate fino a sei mesi prima della data della fattura.**

Non saranno accettate prescrizioni rilasciate dopo la data della fattura.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- La prescrizione medica rilasciata non più di sei mesi prima della data della fattura, contenente la descrizione della patologia e la cura termale da effettuare;
- il documento fiscale dovrà riportare il costo e il tipo di visita specialistica effettuata; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo della visita specialistica;
- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

### 7.3 Cure oncologiche

Al **socio** 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, è concesso per ogni giorno di trattamento un sussidio **pari a 40,00 € (quaranta).**

Al **socio** nel caso il suo **familiare avente diritto** sia sottoposto ambulatorialmente in Day Hospital o durante un ricovero ospedaliero al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche o per cure oncologiche, è concesso per ogni giorno di trattamento un sussidio **pari a 15,00 € (quindici).**

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

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

### 7.4 Cure riabilitative logopediche

Al **socio** nel caso effettua cure riabilitative logopediche, è concesso un sussidio **pari al 50 % della spesa sostenuta fino ad un massimo di 25,00 € (venticinque) per ogni seduta di terapia.**

Il sussidio è concesso **fino ad un massimo di 150,00 € (centocinquanta) nell'anno solare** e previa presentazione della prescrizione del medico curante.

**Sono riconosciute le prescrizioni rilasciate fino a sei mesi prima della data della fattura.**

Non saranno accettate prescrizioni rilasciate dopo la data della fattura.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- La prescrizione medica rilasciata non più di sei mesi prima della data della fattura, contenente la descrizione della patologia e la terapia da effettuare;
- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

### Thermalkuren

Dem **Mitglied** wird für Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien folgende Unterstützung gewährt:

- a) 50 % der getätigten Ausgabe **bis höchstens 140,00 € (hundertvierzig) für Thermalkuren je Kalenderjahr;**
- b) 50 % der getätigten Ausgabe für die fachärztliche Visite, durchgeführt in der Thermalstruktur als Zugang zur Behandlung, **bis höchstens 100,00 € (hundert) je Kalenderjahr.**

Die Unterstützung wird nur nach Vorlage einer ärztlichen Verschreibung gewährt, in der die Erkrankung angegeben ist, für die die Thermalkur erforderlich ist.

**Anerkannt werden Verschreibungen, die bis zu sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden.**

Verschreibungen, die nach dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Die nicht älter als sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellte Verschreibung des Arztes mit Angabe der Erkrankung und die durchzuführende Thermalkur;
- der Steuerbeleg muss die Kosten und die Art der durchgeführten fachärztlichen Visite enthalten; jede andere Leistung muss getrennt von diesen Kosten angeführt sein;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

### Onkologische Behandlungen

Dem **Mitglied**, welches ambulant im Day Hospital oder während eines stationären Aufenthalts einer Strahlentherapie oder Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, wird für jeden Behandlungstag eine Unterstützung **von 40,00 € (vierzig)** gewährt.

Dem **Mitglied** wird für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, welches ambulant im Day Hospital oder während eines stationären Aufenthalts einer Strahlentherapie oder Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, für jeden Behandlungstag eine Unterstützung **von 15,00 € (fünfzehn)** gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bescheinigung des Krankenhauses mit Angabe der Behandlungstage und der Art der durchgeführten Therapie.

### Logopädische rehabilitative Therapien

Dem **Mitglied** wird für logopädische rehabilitative Therapien eine Unterstützung **von 50 % der getätigten Ausgabe bis höchstens 25,00 € (fünfundzwanzig) je Behandlung** gewährt.

Die Unterstützung wird **bis höchstens 150,00 € (hundertfünfzig) je Kalenderjahr** und nach Vorlage der Verschreibung des behandelnden Arztes gewährt.

**Anerkannt werden Verschreibungen, die bis zu sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden.**

Verschreibungen, die nach dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Die nicht älter als sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellte Verschreibung des Arztes mit Angabe der Erkrankung und der durchzuführenden Therapie;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

## 7.5 Cure psicologiche

Al **socio** è concesso un sussidio per cure psicologiche, effettuate presso strutture sanitarie private o presso strutture sanitarie pubbliche in libera professione intramuraria, **pari al 50% della spesa sostenuta e fino ad un massimo di 70,00 € (settanta) nell'anno solare.**

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

## VIII. GRAVIDANZA E MATERNITÀ

### 8.1 Gravidanza

Alla **socia**, che durante il periodo di gravidanza certificato, effettua le seguenti prestazioni sanitarie: *analisi clinico-chimiche, compreso l'amnioscopia, l'amniocentesi, villocentesi, ecografie ostetriche, esami di alta diagnostica e alta specializzazione* presso strutture sanitarie private o presso strutture sanitarie pubbliche in libera professione intramuraria è concessa un sussidio per le spese sostenute **pari al 50% e fino ad un massimo di 50,00 € (cinquanta) per ogni documento fiscale.**

### Limiti sussidiabili

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

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificazione rilasciata dal medico ginecologo attestante lo stato di gravidanza;
- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

### 8.2 Assenza dal lavoro per gravidanza a rischio

Alla **socia**, con rapporto di lavoro dipendente e assente dal lavoro per gravidanza a rischio, nonché superati 30 giorni continuativi di malattia, **per l'assenza dal lavoro successivamente al trentesimo giorno**, è concessa un sussidio **giornaliero pari a 8,00 € (otto) per tutta la durata della gravidanza.**

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Lo stato di gravidanza a rischio deve essere documentato da certificazione dell'ispettorato del lavoro attestante l'inizio della gravidanza a rischio e la necessità dell'assenza dal lavoro;
- certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante la settimana di gestazione in cui è avvenuto il parto;
- certificato di dimissione dell'unità operativa (reparto) dell'ospedale dal quale risulti la data di ricovero e di dimissione e l'attestazione del parto.

### 8.3 Maternità

Alla **socia**, in occasione di un parto, indipendentemente dall'esito del parto e dal numero di figli nati, è concessa un sussidio **pari a 50,00 € (cinquanta) per ogni giorno di degenza ospedaliera e fino ad un massimo di 10 giorni**, a condizione che il parto avvenga dopo la 24ª settimana di gravidanza.

### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di dimissione dell'unità operativa (reparto) dell'ospedale, nonché del medico ostetrico con data di ricovero e di dimissione ed attestante la settimana di gestazione in cui è avvenuto il parto.

## Psychologische Behandlungen

Dem **Mitglied** wird für psychologische Behandlungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria), eine Unterstützung **von 50% der getätigten Ausgabe, bis höchstens 70,00 € (siebzig) je Kalenderjahr** gewährt.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

## SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHAFT

### Schwangerschaft

Dem **Mitglied**, welches während der bescheinigten Schwangerschaft in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria), folgende Gesundheitsleistungen durchführt: *klinisch-chemische Analysen, einschließlich Amnioskopie, Amniozentese, Chorionzottenbiopsie, geburts-hilflicher Ultraschall, instrumenteller Hochdiagnostik und Hochspezialisierung*, wird eine Unterstützung für die getätigten Ausgaben **von 50% und bis höchstens 50,00 € (fünfzig) für jeden Steuerbeleg** gewährt.

### Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für den Punkt Schwangerschaft wird **bis maximal 500,00 € (fünfhundert) je Schwangerschaft** gewährt.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bescheinigung über den Stand der Schwangerschaft, ausgestellt vom Frauenarzt;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

### Arbeitsabwesenheit wegen Risikoschwangerschaft

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis und arbeitsabwesend aufgrund einer Risikoschwangerschaft, wird nach Überschreitung von 30 aufeinander folgenden Krankheitstagen **für die Arbeitsabwesenheit nach dem 30. Tag**, eine Unterstützung **von 8,00 € (acht) täglich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft** gewährt.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Das Bestehen einer Risikoschwangerschaft muss durch eine Bescheinigung des Arbeitsinspektorats dokumentiert werden, in der der Beginn der Risikoschwangerschaft und die Notwendigkeit der Arbeitsfreistellung bestätigt werden;
- Bescheinigung des Geburtshelfers zur Schwangerschaftswoche, in der die Entbindung stattgefunden hat;
- Entlassungsschein des Krankenhauses, aus der das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie die Bescheinigung der Entbindung hervorgehen.

### Mutterschaft

Dem **Mitglied** wird im Falle einer Geburt, unabhängig vom Ausgang der Geburt und der Anzahl der geborenen Kinder, eine Unterstützung **von 50,00 € (fünfzig/00) für jeden stationären Aufenthaltstag und für höchstens 10 Tage** gewährt, sofern die Geburt nach der 24. Schwangerschaftswoche erfolgte.

### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Entlassungsschein des Krankenhauses sowie des Facharztes für die Geburtshilfe mit Angabe des Aufnahme- und des Entlassungsdatums und der Bestätigung der Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat.

## IX. OCULISTICA

### 9.1 Lenti

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio **pari all'80% e fino ad un massimo di 200,00 € (duecento) à persona** per la spesa sostenuta per l'acquisto di due lenti da vista (inclusa eventuale montatura) o due lenti a contatto annuali.

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

A condizione che successivamente alla prima volta del riconoscimento di un sussidio sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria, accertato dal medico specialista o dell'ottico optometrista, è concesso un sussidio ogni due anni solari.

**Il sussidio è concesso solo a seguito della presentazione della prescrizione** da parte del medico specialista o dell'attestato dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso di occhiali o di lenti a contatto.

**Sono riconosciute le prescrizioni rilasciate fino a sei mesi prima della data della fattura.**

Non saranno accettate prescrizioni rilasciate dopo la data della fattura. Inoltre, non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- La prescrizione medica o attestato dell'ottico optometrista rilasciata non più di sei mesi prima della data della fattura, che indichi la patologia e il difetto visivo (diottrie);
- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

## X. PROTESICA

### 10.1 Protesi e presidi sanitari

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio **pari al 50% e fino ad un massimo di 400,00 € (quattrocento) nell'anno solare** per le spese sostenute 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;

## AUGENHEILKUNDE

### Sehhilfen

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird für die getätigte Ausgabe des Ankaufs jeden Paares Brillengläsern (inklusive evtl. Fassung) oder jährlicher Kontaktlinsen eine Unterstützung **von 80 % und bis höchstens 200,00 € (zweihundert) je Person** gewährt.

**Die Unterstützung wird in einem Zeitraum von drei Kalenderjahren nur einmal gewährt**, vorbehaltlich der Bestimmungen im folgenden Absatz.

Sofern durch einen Facharzt oder Optiker bestätigt wird, dass sich der Zustand des Sehapparats seit der ersten Gewährung einer Unterstützung um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat, wird eine Unterstützung alle zwei Kalenderjahre gewährt.

**Voraussetzung für die Gewährung ist die Vorlage der Verschreibung** eines Facharztes oder der Nachweis des Optikers, in der die Erkrankung und die Sehschwäche angegeben sind, aufgrund derer die Verwendung von Brillen oder Kontaktlinsen erforderlich ist.

**Anerkannt werden Verschreibungen, die bis zu sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden.**

Verschreibungen, die nach dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt. Verschreibungen, die nicht ausschließlich auf pathologische oder funktionelle Ursachen des Sehapparats zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Die nicht älter als sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellte Verschreibung des Arztes oder der Nachweis des Optikers, aus der die Erkrankung und die Sehschwäche (Dioptrien) hervorgehen;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

## PROTHESEN

### Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird eine Unterstützung **von 50 % und bis höchstens 400,00 € (vierhundert) je Kalenderjahr** für die getätigte Ausgabe für Ankauf oder Miete der nachstehend angeführten Prothesen oder sanitären Hilfsmittel gewährt:

- a) Orthopädische Hilfsmittel für die unteren Gliedmaßen:  
Schienen, Stützen, Spreizen, Knöchelorthesen, Beinorthesen, Knieorthesen, Hüftorthesen;
- b) Orthopädische Geräte obere Gliedmaßen: Schienen, Stützen;
- c) Schuheinlagen, digitale Orthesen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsetts, Stützmiere, Schulterstützen, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Gehhilfen: Krücken, 3-Fuß-Gehstock, 4-Fuß-Gehstock, Stabilisator für die statische Aufrichtung, Stabilisator für die statische Rückenlage;
- f) Mobilitätshilfen: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitrollstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für die unteren Gliedmaßen, die mit Körperkraft funktionieren;
- i) Prothesen obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperkraft funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfoperierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei je Kalenderjahr;

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.

**Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino sei mesi antecedenti la data della fattura.**

Non saranno accettate prescrizioni rilasciate dopo la data della fattura.

#### Esclusioni

Nel documento fiscale, attestante le spese sostenute, il costo dei protesi o presidi sanitari dovrà essere indicato separatamente da qualsiasi altro costo non sussidiabile, come ad esempio per le pile per il funzionamento, le riparazioni, i materiali d'uso.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- La prescrizione medica rilasciata non più di sei mesi prima della data della fattura, contenente la patologia ed il tipo di protesi o presidi sanitari;
- fattura o ricevuta fiscale pagata;
- ricevuta di pagamento.

## XI. PRESTAZIONI SANITARIE A RILIEVO SOCIALE

### 11.1 Assistenza domiciliare sanitaria

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso in cui sia colpito da malattie o infortuni invalidanti temporanee o permanenti e necessari di assistenza domiciliare sanitaria, è concesso un **sussidio orario pari a 12,00 € (dodici) e fino ad 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/o altro personale sanitario in possesso di idoneo titolo professionale:

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

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, nonché per prestazioni/terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato che attesti l'invalidità e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta;
- fattura o ricevuta fiscale pagata; il documento fiscale dovrà riportare la spesa sostenuta con il numero di ore che comportano l'assistenza domiciliare sanitaria;
- ricevuta di pagamento.

### 11.2 Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso lui stesso sia affetto da neoplasie maligne, è concesso un sussidio per le spese sostenute per gli interventi sanitari e le cure praticate a

k) Physiognomische Prothesen: externe provisorische oder dauerhafte-Brustprothesen;

l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Prothesen oder sanitären Hilfsmitteln muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die Pathologie angegeben wird, aufgrund der der Gebrauch notwendig ist.

**Anerkannt werden Verschreibungen, die bis zu sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden.**

Verschreibungen, die nach dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

#### Ausschlüsse

Im Steuerelement, das die getätigte Ausgabe bescheinigt, müssen die Kosten für Prothesen oder sanitären Hilfsmittel getrennt von allen anderen nicht erstattbaren Kosten, wie beispielsweise Batterien, Reparaturen, Verbrauchsmaterialien, ausgewiesen werden.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Die nicht älter als sechs Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellte Verschreibung des Arztes mit Angabe der Erkrankung und der Art der Prothese oder des sanitären Hilfsmittels;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;
- Zahlungsbestätigung.

## SOZIALE GESUNDHEITSLAISTUNGEN

### Hauskrankenpflege

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, wird im Falle einer vorübergehenden oder dauerhaften Invalidität aufgrund von Krankheit oder Unfall, welche eine Hauskrankenpflege erforderlich macht, eine Unterstützung in Höhe von **12,00 € (zwölf) je Stunde und für höchstens 104 Stunden je Kalenderjahr** gewährt.

Unter Hauskrankenpflege versteht man nachstehende Leistungen, die von Ärzten mit Abschluss in Medizin und Chirurgie oder von anderem Gesundheitspersonal mit entsprechender Berufsqualifikation durchgeführt werden:

- medizinische Therapien;
- Hilfen bei Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Blutabnahmen, Messungen biologischer Parameter;
- Rehabilitations- und Physiotherapien.

Die Unterstützung wird ausbezahlt, wenn alle Ausgaben detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die jeweilige Erkrankung zurückzuführen sind sowie für Leistungen/Therapien, die innerhalb von 365 Tagen ab dem Datum des Ereignisses durchgeführt werden.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bescheinigung über die Invalidität und die Art der beantragten Hauskrankenpflege;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung; der Steuerbeleg muss die getätigten Ausgaben mit der Anzahl der Stunden der effektiven Hauskrankenpflege enthalten;
- Zahlungsbestätigung.

### Hauskrankenpflege für unheilbar krebserkrankte Patienten im Endstadium

Dem **Mitglied**, oder für sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, bzw. seinen Begünstigten oder gesetzlichen Erben, wird im Falle einer bösartigen Krebserkrankung, eine Unterstützung **bis höchstens 2.000,00 € (zweitausend)** für die

domicilio negli ultimi sei mesi di vita e **fino ad un massimo di 2.000,00 € (duemila)**.

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 alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato di decesso;
- certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale;
- fatture o ricevute fiscali pagate dal socio negli ultimi sei mesi di vita;
- ricevuta di pagamento.

getätigten Ausgaben, die in den letzten sechs Lebensmonaten für ärztliche Einsätze und häusliche Pflege entstanden sind.

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

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Sterbeurkunde;
- ärztliches Attest, das die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt;
- vom Mitglied in seinen letzten sechs Lebensmonaten bezahlte Rechnungen oder Steuerquittungen;
- Zahlungsbestätigung.

## XII. PRESTAZIONI SOCIALI DI RILIEVO SANITARIO

### 12.1 Assenza dal lavoro per malattia o infortunio extra lavoro

Al **socio** con rapporto di lavoro dipendente e assente dal lavoro per malattia o per infortunio extra lavoro o in itinere per un periodo ininterrotto superiore a 60 giorni, è concesso un **sussidio forfettario di 100,00 € (cento) per il periodo di assenza dal lavoro dal sessantunesimo fino al settantesimo giorno**.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

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

Al **socio** con rapporto di lavoro dipendente e assente dal lavoro per malattia o per infortunio extra lavoro o in itinere per un periodo ininterrotto superiore a 70 giorni, è concesso un **sussidio giornaliero pari a 10,00 € (dieci) dal sessantunesimo giorno fino alla riammissione in servizio** o all'eventuale diritto al sussidio per riduzione dello stipendio.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

##### Punti 12.1 e 12.2

- Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di casa), attestante il periodo di malattia;
- dichiarazione dell'ente, dal quale il socio dipende, attestante il periodo di assenza per malattia;
- busta paga riferita al periodo di malattia.

### 12.3 Riduzione dello stipendio base dopo il centocinquantunesimo giorno

Al **socio** con rapporto di lavoro dipendente, al quale venga ridotto lo stipendio base, gli scatti di anzianità e la contingenza a causa di un'assenza dal lavoro superiore a 150 giorni per malattia o per infortunio extra lavoro o in itinere, è concesso un **sussidio pari alla riduzione in questione, ma fino ad un massimo di 16,00 € (sedici) al giorno a partire dal centocinquantunesimo giorno fino alla riammissione al lavoro**, ovvero alla collocazione in pensione, o altro provvedimento, e comunque per un periodo massimo di 730 giorni.

Qualora al socio siano garantiti per qualsiasi previsione contrattuale o normativa recuperi economici, questi

## SOZIALLEISTUNGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

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

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das wegen Krankheit oder wegen eines Unfalls außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 60 Tagen von der Arbeit fernbleibt, wird eine **pauschale Unterstützung von 100,00 € (hundert) für die Arbeitsabwesenheit vom einundsechzigsten bis zum siebzigsten Tag** gewährt. Im Falle eines Arbeitsunfalls wird die Unterstützung nicht gewährt.

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

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das wegen Krankheit oder wegen eines Unfalls außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg, für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 70 Tagen von der Arbeit fernbleibt, wird eine Unterstützung **von 10,00 € (zehn) täglich vom einundsiebzigsten Tag bis zur eventuellen Wiederzulassung zum Dienst** oder bis zum Eintritt der Unterstützung für Gehaltskürzung, gewährt.

Im Falle eines Arbeitsunfalls wird die Unterstützung nicht gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

##### Punkte 12.1 und 12.2

- Bescheinigung des zuständigen Sanitätsbetriebs (Hausarztes) über den Zeitraum der Krankheit;
- Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, über die krankheitsbedingte Abwesenheitsperiode;
- Lohnstreifen bezogen auf den Krankheitszeitraum.

### Kürzung des Grundgehalts nach dem hundertfünfzigsten Tag

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, dem aufgrund der Arbeitsabwesenheit für länger als 150 Tage wegen Krankheit oder wegen eines Unfalls außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg das Grundgehalt, die Alterszulage und die Kontingenzzulage gekürzt werden, wird eine Unterstützung **in Höhe der betreffenden Kürzung gewährt, jedoch bis höchstens 16,00 € (sechzehn) täglich 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 höchstens 730 Tagen.

Sollten dem Mitglied aufgrund irgendwelcher vertraglichen oder gesetzlichen Bestimmungen wirtschaftliche Vergütungen

saranno detratti interamente dal sussidio di cui al precedente comma.

Tale sussidio non spetta in caso di infortunio sul lavoro.

#### Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)

- Certificato rilasciato dal medico dell'ASL competente (medico di casa), attestante il periodo di malattia;
- 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;
- busta paga riferita al periodo di malattia.

#### 12.4 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 concesso per una sola volta un sussidio nelle seguenti misure:

- a) **15.000,00 € (quindicimila)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età inferiore a 30 anni;
- b) **10.000,00 € (diecimila)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età da 30 a 39 anni;
- c) **5.000,00 € (cinquemila)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età da 40 a 49 anni;
- d) **2.500,00 € (duemilacinquecento)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età pari o superiore a 50 anni.

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

#### Esclusioni

Sono esclusi dal diritto al sussidio i soci che al momento dell'iscrizione a Mutual Help 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 alla richiesta di sussidio (copie)

- Dichiarazione\*, di non essere titolare di prestazioni previdenziali o assistenziali, nonché di prestazioni pensionistiche di anzianità, vecchiaia o invalidità;
- 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.).

#### 12.5 Decesso

In caso di decesso del **socio**, è concesso un sussidio unico quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, nelle seguenti misure:

- a) **25.000,00 € (venticinquemila)**, nel caso in cui il socio deceduto abbia un'età inferiore ai 35 anni;
- b) **15.000,00 € (quindicimila)**, nel caso in cui il socio deceduto abbia un'età tra 35 ai 59 anni;
- c) **5.000,00 € (cinquemila)**, nel caso in cui il socio deceduto abbia un'età pari o superiore 60 anni.

Al **socio**, in caso di decesso di un suo **familiare avente diritto**, è concesso un sussidio unico quale sostegno per contributo alle spese funerarie, nelle seguenti misure:

- a) **5.000,00 € (cinquemila)** nel caso in cui il familiare avente diritto deceduto abbia un'età inferiore ai 65 anni.

garantiti sein, werden diese vollständig von der Unterstützung gemäß dem vorstehenden Absatz abgezogen.

Im Falle eines Arbeitsunfalls wird die Unterstützung nicht gewährt.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bescheinigung des zuständigen Sanitätsbetriebs (Hausarztes) über den Zeitraum der Krankheit;
- monatliche Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, über die Krankheitstage vor der Gehaltskürzung und die darauffolgende Krankheitsperiode;
- Lohnstreifen bezogen auf den Krankheitszeitraum.

#### Volle Erwerbsunfähigkeit

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

- a) **15.000,00 € (fünfzehntausend)** für Mitglieder im Alter von unter 30 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;
- b) **10.000,00 € (zehntausend)** für Mitglieder im Alter von 30 bis 39 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;
- c) **5.000,00 € (fünftausend)** für Mitglieder im Alter von 40 bis 49 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;
- d) **2.500,00 € (zweitausendfünfhundert)** für Mitglieder im Alter von 50 Jahren oder älter zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit.

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

#### Ausschlüsse

Vom Anspruch auf Unterstützung ausgeschlossen sind Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Eintragung bei Mutual Help Renten- oder Fürsorgeleistungen aufgrund von vollständiger und dauernder Arbeitsunfähigkeit beziehen sowie Bezieher von Dienstalters-, Alters- oder Invalidenrenten.

#### Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Erklärung\*, keine Renten- oder Fürsorgeleistungen sowie keine Dienstalters-, Alters- oder Invaliditätsrente zu beziehen;
- Erklärung der Anerkennung der vollständigen körperlichen oder geistigen bleibenden Erwerbsunfähigkeit, ausgestellt vom zuständigen Amt (Vorsorgeeinrichtungen, die Invalidenrenten auszahlen, Kommissionen für Zivilinvalidität usw.).

#### Todesfall

Bei Todesfall des **Mitglieds** wird der Familie, als Unterstützung für die Beerdigungskosten, ein einmaliger Betrag in folgender Höhe gewährt:

- a) **25.000,00 € (fünfundzwanzigtausend)**, im Falle des verstorbenen Mitglieds im Alter von unter 35 Jahren;
- b) **15.000,00 € (fünfzehntausend)**, im Falle des verstorbenen Mitglieds im Alter zwischen 35 und 59 Jahren;
- c) **5.000,00 € (fünftausend)**, im Falle des verstorbenen Mitglieds im Alter von 60 Jahren oder älter.

Dem **Mitglied** wird, im Falle des Todes des **anspruchsberechtigten Familienmitglieds**, als Unterstützung für die Beerdigungskosten, ein einmaliger Betrag wie folgt gewährt:

- a) **5.000,00 € (fünftausend)**, im Falle des verstorbenen Familienmitglieds im Alter von unter 65 Jahren.

#### **Documentazione da allegare alla richiesta di sussidio (copie)**

La designazione deve avvenire mediante consegna a Mutual Help, previa compilazione e sottoscrizione, dell'apposito modulo visionabile e scaricabile dal sito internet della società, con impegno del socio a comunicare al/i beneficiario/i la designazione medesima, liberando Mutual Help da ogni responsabilità in caso di indicazioni anagrafiche in tutto o in parte errate che ne impediscano l'esatto riconoscimento ai fini dell'erogazione.

In tal caso dovrà essere presentata a Mutual Help:

- il certificato di decesso;
- un documento d'identità in corso di validità del/dei beneficiari/o.

In mancanza di designazione, dovrà essere presentata a Mutual Help la seguente documentazione:

- certificato di decesso;
- copia autentica del testamento (ove esiste);
- certificato storico di famiglia;
- copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal tribunale);

ferma la facoltà di Mutual, Help di richiedere ogni altro documento all'uopo ritenuto opportuno e/o necessario a propria discrezione.

#### **Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)**

Die Benennung des/der Begünstigten muss durch Übermittlung des entsprechenden, ausgefüllten und unterschriebenen, Formulars (verfügbar auf der Webseite) an Mutual Help erfolgen. Das Mitglied ist verpflichtet den/die Begünstigten über die Benennung zu informieren und Mutual Help von jeglicher Haftung zu befreien, falls die angegebenen persönlichen Daten ganz oder teilweise falsch sind und eine korrekte Identifizierung für die Auszahlung verhindern.

In diesem Fall müssen Mutual Help folgende Dokumente vorgelegt werden:

- die Sterbeurkunde;
- ein gültiger Ausweis des/der Begünstigten.

Liegt keine Benennung vor, müssen Mutual Help folgende Unterlagen vorgelegt werden:

- Sterbeurkunde;
- beglaubigte Kopie des Testaments (sofern vorhanden);
- historischer Familienbogen;
- beglaubigte Kopie des Beschlusses des Vormundschaftsgerichts über die Verwendung der den minderjährigen Erben zustehenden Beträge (ausgestellt vom Gericht).

Mutual Help behält sich das Recht vor, nach eigenem Ermessen alle weiteren Unterlagen anzufordern, die als zweckmäßig und/oder notwendig erachtet werden.

#### **Liquidazione del sussidio in caso di decesso**

In caso di morte del socio, Mutual Help eroga un sussidio una tantum, come definito nel paragrafo 'decesso', quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie.

Se il socio ha designato in vita il beneficiario del sussidio, sarà liquidato in suo favore. Nel caso in cui il socio ha designato multibeneficiari senza un'indicazione precisa delle quote personali, la suddivisione avviene in parti uguali.

In mancanza di designazione, il sussidio di decesso è liquidato ai seguenti parenti superstiti nel modo e nell'ordine seguente:

- al coniuge o all'unito civile, se non separato legalmente, o al convivente more uxorio;
- in mancanza del coniuge o unito civilmente o convivente more uxorio, il pagamento spetterà al figlio e, nel caso in cui siano più di uno, a tutti i figli in parti uguali;
- in mancanza del coniuge o unito civilmente o convivente more uxorio o dei figli, il pagamento spetterà in parti uguali ai genitori e, in mancanza di questi ultimi, ai fratelli e sorelle in parti uguali.

Per i beneficiari, figli, fratelli e sorelle minori di 18 anni, Mutual Help eroga a loro favore il sussidio di decesso previa autorizzazione del giudice tutelare.

Se il socio muore senza lasciare beneficiari o parenti sopra indicati, Mutual Help eroga il sussidio di decesso agli altri parenti eredi legittimi secondo le norme del Codice civile.

#### **Auszahlung der Unterstützung im Todesfall**

Im Falle des Todes des Mitglieds zahlt Mutual Help an die Familie als Beitrag zur Deckung der Beerdigungskosten eine einmalige Unterstützung, wie unter Punkt 'Todesfall' festgelegt.

Hat das Mitglied zu Lebzeiten einen Begünstigten für die Unterstützung bestimmt, wird zu dessen Gunsten ausgezahlt. Falls mehrere Begünstigte ohne genaue Angabe der persönlichen Anteile benannt wurden, erfolgt die Aufteilung zu gleichen Teilen.

In Ermangelung einer Benennung wird die Unterstützung an die folgenden Hinterbliebenen in der folgenden Art und Reihenfolge ausgezahlt:

- an den Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner, sofern nicht rechtskräftig getrennt, oder an den Lebensgefährten more uxorio;
- bei Fehlen des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners oder des Lebensgefährten more uxorio, geht die Zahlung an das Kind und bei mehreren Kindern an alle Kinder zu gleichen Teilen;
- bei Fehlen des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners oder des Lebensgefährten more uxorio oder der Kinder, geht die Zahlung an die Eltern zu gleichen Teilen und bei Fehlen dieser, zu gleichen Teilen an die Geschwister.

Bei Begünstigten, Kindern, Brüdern und Schwestern unter 18 Jahren zahlt Mutual Help die Unterstützung vorbehaltlich der Genehmigung des Vormundschaftsrichters an diese aus.

Stirbt der Versicherte, ohne einen der oben genannten Begünstigten oder Verwandten zu hinterlassen, zahlt Mutual Help die Unterstützung an die anderen Verwandten aus, die nach dem Zivilgesetzbuch gesetzliche Erben sind.



## CONDIZIONI GENERALI

- **Soci iscritti**  
**Periodo di carenza e diritto ai sussidi – massimali**  
Periodo di carenza e diritto ai sussidi  
Il diritto ai sussidi decorre dal primo giorno del mese successivo a quello per il quale è stato pagato il primo contributo associativo.  
Massimali  
Si indica che tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione a Mutual Help.
- **Familiari aventi diritto**  
**Iscrizione - decorrenza copertura – massimali**  
Iscrizione  
A parziale deroga del regolamento applicativo, il socio può iscrivere a Mutual Help – tramite apposito modulo ‘dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà’, scaricabile dal sito internet ([MH-iscrizione\\_fam](#)) – anche i suoi familiari, purché risiedano nel territorio della Repubblica italiana.  
Decorrenza copertura  
**La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione a Mutual Help per i seguenti familiari iscritti:**
  - il coniuge riconosciuto tale dallo Stato italiano;
  - la persona dello stesso sesso con la quale il socio ha costituito un’unione civile definita tale dallo Stato italiano;
  - i figli dal 30° giorno di età fino al compimento del 18° anno di età;
  - i figli fino al compimento del 25° anno di età e fiscalmente a carico;
  - i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell’assoluta e permanente impossibilità di svolgere un’attività lavorativa.Sono equiparati ai figli, i figli adottivi o in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al socio.  
**La copertura decorre dal primo giorno del semestre successivo alla comunicazione a Mutual Help per i seguenti familiari iscritti:**
  - il convivente di fatto (more uxorio) del socio riconosciuto dallo stato italiano.Massimali  
Si indica che tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione a Mutual Help.  
I massimali delle prestazioni comprendenti i familiari aventi diritto sono da intendere come massimali per il nucleo familiare.  
Nel caso in cui un intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per il neonato del socio – in deroga alla predetta norma – non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.
- **Prestazioni specialistiche odontoiatriche**  
Le prestazioni specialistiche odontoiatriche/ortodontiche vengono rimborsate solo secondo le modalità previste nei punti dell’area ‘prestazioni specialistiche odontoiatriche’. Come strutture convenzionate si intendono tutte quelle convenzionate con Mutual Help.

## ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

- **Eingeschriebene Mitglieder - Karennzeiten und Anrecht auf Erstattung – Entschädigungslimits**  
Karennzeit und Anrecht auf Erstattung  
Das Anrecht auf Erstattung beginnt ab dem ersten Tag des darauffolgenden Monats, für das der erste Mitgliedsbeitrag gezahlt wurde.  
Entschädigungsgrenzen  
Die jährlichen Höchstentschädigungsgrenzen gelten im Verhältnis zu den effektiv eingeschriebenen Monaten.
- **Anspruchsberechtigte Familienmitglieder**  
**Einschreibung – Deckungsbeginn - Entschädigungslimits**  
Einschreibung  
In teilweiser Abänderung der Geschäftsordnung, kann das Mitglied – mittels des Formulars „Ersatzerklärung des Notariatsaktes“, Webseite ([MH-Einschreibung\\_Fam](#)) – auch seine Familienangehörigen in den ergänzenden Gesundheitsfonds einschreiben, sofern diese ihren Wohnsitz im Gebiet der Italienischen Republik haben.  
Deckungsbeginn  
**Für nachfolgende eingeschriebene Familienmitglieder beginnt die Deckung ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Mitteilung an Mutual Help folgt:**
  - der vom italienischen Staat anerkannte Ehepartner;
  - die Person gleichen Geschlechts, mit der das Mitglied eine vom italienischen Staat anerkannte Lebenspartnerschaft eingegangen ist;
  - Kinder ab dem 30. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr;
  - steuerlich zu Lasten lebende Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr;
  - Kinder ohne Altersbeschränkung, die aufgrund einer schweren Behinderung dauerhaft und vollständig arbeitsunfähig sind.Den Kindern gleichgestellt sind Adoptivkinder oder zeitbegrenzt beziehungsweise zur Voradoption anvertraute Kinder, die das Vormundschaftsgericht dem Mitglied direkt zuweist.  
**Für nachfolgende eingeschriebene Familienmitglieder beginnt die Deckung ab dem ersten Tag des Semesters, das auf die Mitteilung an Mutual Help folgt:**
  - den vom italienischen Staat anerkannten Lebenspartner (more uxorio) des Mitglieds.Entschädigungsgrenzen  
Die jährlichen Entschädigungslimits gelten im Verhältnis zu der effektiv bei Mutual Help eingeschriebenen Monaten.  
Die Entschädigungslimits, die die anspruchsberechtigten Familienangehörigen umfassen, gelten als Höchstbeträge für die Familiengemeinschaft.  
Falls für Neugeborene des Mitglieds ein anerkannter chirurgischer Eingriff erforderlich ist, wird – abweichend von der oben genannten Regelung – die Altersgrenze von 30 Tagen nach der Geburt nicht berücksichtigt.
- **Fachärztliche Zahnarztleistungen**  
Leistungen der Zahnheilkunde/Kieferorthopädie werden nach den im Bereich „Fachärztlichen Zahnheilkunde/Kieferorthopädie“ vorgesehenen Modalitäten erstattet. Es gelten alle jene als konventionierte Strukturen, welche mit Mutual Help konventioniert sind.

- **Esclusione della cumulabilità del sussidio**

Qualora una prestazione sanitaria sia presente in più aree, verrà rimborsata con riferimento ad una sola area. Inoltre, è escluso la cumulabilità degli importi da erogare con pagamenti effettuati da altri enti, quali ad esempio assicurazioni, fondi sanitari e simili.

- **Esclusioni**

I sussidi non sono concessi per prestazioni inerenti a:

- medicina estetica, • medicina del lavoro, • medicina legale, • medicina dello sport, • medicina olistica, • agopuntura, • chiropratica, • iridologia, • omeopatia, • prodotti farmaceutici, • copie di esami radiologici su CD, • il rilascio della patente e di attestati di idoneità, • terapie farmacologiche, • medicina complementare, • naturopatia, • diritti di segreteria, • bolli.

Sono altresì escluse e quindi non riconosciute:

- visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia.

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

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

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

La richiesta di sussidio dovrà pervenire a Mutual Help nei seguenti modi:

- a) tramite il **portale online** [Login - Mutual Help for you](#) con accesso attraverso il sito web [Home IT - Mutual Help](#);
- b) **oppure compilando il modulo** 'Richiesta sussidi', disponibile sul sito web [Home IT - Mutual Help](#):
  - per la spedizione della documentazione tramite posta ordinaria (il timbro postale vale come data di consegna);
  - per consegnare la documentazione presso lo sportello delle Casse Raiffeisen dell'Alto Adige con busta chiusa intestata a Mutual Help;
  - per la consegna diretta alla sede di Mutual Help.

Tutte le richieste di sussidio dovranno pervenire 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)**; pertanto, non verranno prese in esame richieste di rimborso delle spese sostenute inferiori a tale importo.

- **Documenti da allegare**

L'elenco dei documenti da allegare alla richiesta sussidio è riportato nel presente Regolamento prestazioni piano sanitario al termine di ogni paragrafo che dà diritto al sussidio. Tale elenco è meramente esemplificativo essendo facoltà di Mutual Help richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

Mutual Help non è tenuto alla restituzione di documenti presentati a seguito di richiesta sussidi, ad eccezione della cartella clinica.

- **Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung**

Ist eine Gesundheitsleistung in mehreren Bereichen vorgesehen, wird sie nur in einem Bereich erstattet. Weiters ist die Kumulierung der auszahlenden Beträge mit Auszahlungen durch andere Einrichtungen, wie beispielsweise Versicherungen, Gesundheitsfonds, u.dgl.m. auszuschließen.

- **Ausschlüsse**

Für folgende Bereiche wird keine Unterstützung gewährt:

- ästhetische Medizin, • Arbeitsmedizin, • Rechtsmedizin, • Sportmedizin, • alternativer Medizin, • Akupunktur, • Chiropraktik, • Iridologie, • Homöopathie, • für Medikamente, • Kopie des radiologischen Befundes auf CD, • Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen, • pharmakologische Therapien, • Komplementärmedizin, • Naturheilkunde, • Verwaltungsgebühren, • Stempelmarken.

Zudem ausgeschlossen und somit nicht anerkannt sind:

- fachärztliche Visiten, durchgeführt von Personen ohne Abschluss in Medizin und Chirurgie.

- **Abzug der Gesundheitsausgaben bei der Steuererklärung**

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

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen für die Antragstellung**

Der Antrag auf Unterstützung muss Mutual Help auf folgende Weise zugestellt werden:

- a) über das **Online-Portal** [Login - Mutual Help for you](#) mit Zugang über die Webseite [Home - Mutual Help](#);
- b) **oder anhand des Formulars** „Antrag auf Unterstützung“, verfügbar auf der Webseite [Home - Mutual Help](#);
  - zum Verschicken der Dokumentation mittels Post (das Datum des Poststempels gilt als Einreichdatum);
  - zur Übermittlung über einen Schalter der Raiffeisenkassen Südtirols mit verschlossenem Kuvert adressiert an Mutual Help;
  - zur Abgabe der Dokumentation am Sitz von Mutual Help.

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

Der Antrag auf Unterstützung kann eingereicht werden, sofern die Summe der beigefügten Dokumente nicht unter **15,00 € (fünfzehn)** liegt, andernfalls werden die Anträge auf Unterstützung nicht berücksichtigt.

- **Beizulegende Dokumente**

Die Unterlagen, die dem Antrag auf Unterstützung beizulegen sind, sind in der vorliegenden Durchführungsbestimmung am Ende jedes Paragrafen, der Anspruch auf die Unterstützung gewährt, angeführt. Diese Liste dient lediglich als Beispiel, da Mutual Help berechtigt ist, vom Mitglied oder direkt von den zuständigen Stellen alle Unterlagen anzufordern, die es zur Bestätigung der Gültigkeit der beantragten Unterstützung für erforderlich hält.

Mutual Help ist nicht zur Rückgabe der mit dem Antrag eingereichten Dokumente verpflichtet, mit Ausnahme der Krankengeschichte.

Il documento fiscale deve riportare chiara indicazione dell'avvenuto pagamento delle somme esposte, altrimenti deve essere allegata la ricevuta di pagamento effettuato.

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.

- **Documentazione**

- \* I documenti richiesti possono essere sostituiti con il modulo 'Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà';
- \*\* in caso di richiesta della cartella clinica da parte di Mutual Help, le relative spese vengono rimborsate allegando la ricevuta fiscale pagata.

- **Allegati**

- A) **Allegato A-Fascia A** – Elenco degli interventi chirurgici sussidiabili;
- B) **Allegato B-Fascia B** – Nomenclatore delle prestazioni dell'odontoiatria e dell'ortodonzia sussidiabili;
- C) **Allegato C** – Elenco delle prestazioni sussidiabili di alta diagnostica strumentale e alta specializzazione.

Das Steuerdokument muss den eindeutigen Hinweis auf die erfolgte Zahlung der angegebenen Beträge enthalten, andernfalls muss die Zahlungsquittung beigelegt werden.

Falls das Mitglied bereits eine Erstattung für dieselbe Leistung von einer anderen Einrichtung erhalten hat, berechnet Mutual Help die Unterstützung auf den zu Lasten des Mitglieds verbliebenen Betrag.

- **Dokumentation**

- \* Die Dokumente können mit dem Formular „Ersatzerklärung des Notorietätsakts“ ersetzt werden;
- \*\* falls die Vorlage der Krankengeschichte von Mutual Help verlangt wird, werden gegen Vorlage des Steuerbelegs, die entsprechenden Kosten vergütet.

- **Anlagen**

- A) **Anlage A-Bereich A** – Verzeichnis der anerkannten chirurgischen Eingriffe;
- B) **Anlage B-Bereich B** – Verzeichnis der anerkannten Leistungen der Zahnheilkunde und Kieferheilkunde;
- C) **Anlage C** – Verzeichnis anerkannter instrumenteller Hochdiagnostik und Hochspezialisierung.

