



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**

DIRIGENTI

(aziende agricole)

FÜHRUNGSKRÄFTE

(Landwirtschaftliche Betriebe)

F26

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
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
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

<i>Contributo associativo annuo:</i>	620,00 €	<i>Jährlicher Mitgliedsbeitrag:</i>
--------------------------------------	-----------------	-------------------------------------

TARGET

Il seguente piano sanitario integrativo base è rivolto ai lavoratori con la qualifica di dirigenti delle Aziende dell'Alto Adige:

- a) in forza del relativo contratto collettivo o 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 dirigenti 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 Arbeitnehmer mit der Qualifikation als Führungskräfte in Südtiroler Unternehmen:

- a) gemäß dem entsprechenden Kollektivvertrag oder dem innerbetrieblichen Reglement, Art. 51 Abs. 2 Buchstabe a) DPR 917/1986 und n.Ä.E.;
- b) die Mitglieder bei Mutual Help WHG KDS sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der jeweiligen Führungskräfte, 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 WKG 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** 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** 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 quattro 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** 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 80,00 € (ottanta) per esame**.

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** 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 120,00 € (centoventi) per ogni esame**.

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

2.4 Esami di laboratorio

Al **socio** 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 80,00 € (ottanta) per documento fiscale**.

ANERKANNTLE LEISTUNGEN

NATIONALER GESUNDHEITSDIENST

Sanitätsticket

Dem **Mitglied** 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.

Höchstentschädigungsgrenzen

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 GESUNDHEITSLAISTUNGEN

Fachärztliche Visiten

Dem **Mitglied** wird für fachärztliche Visiten, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder in freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria) und durchgeführt 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 vier Visiten je Kalenderjahr** gewährt.

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

Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** wird für instrumentell-diagnostische Untersuchungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 80,00 € (achtzig) je Untersuchung** gewährt.

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

Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** 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 120,00 € (hundertzwanzig) je Untersuchung** gewährt.

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

Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** wird für Laboruntersuchungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit (intramuraria), eine Unterstützung **von 60% der**

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.

getätigten Ausgabe bis höchstens 80,00 € (achtzig) je Steuerbeleg gewährt.

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

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 180,00 € (centottanta) 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.

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

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 180,00 € (hundertachtzig) 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.

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

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**, 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 5.000,00 € (cinquemila) nell'anno solare**.

3.4 Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio

Al **socio**, 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 dal dentista, attestante la perdita/lesioni degli elementi dentari in seguito di infortunio), come di seguito riportato:

- a) **100 %** della spesa sostenuta per la compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale; nella ricevuta fiscale deve essere necessariamente indicata la dicitura 'ticket';
- b) **60%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

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

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 der Kodex 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**, 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 5.000,00 € (fünftausend) je Kalenderjahr** gewährt.

Zahnärztliche Leistungen aufgrund eines Unfalls

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

- a) **100 %** der getätigten Ausgabe für die Eigenbeteiligung am nationalen Gesundheitsdienst; im Steuerbeleg muss notwendigerweise die Kennzeichnung „Ticket“ angeführt sein;
- b) **60 %** 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.

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.

IV. AREA OSPEDALIERA

4.1 Ricovero ospedaliero

Al **socio**, ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, è concesso la seguente diaria ospedaliera dal primo giorno fino al termine del ricovero:

- a) **50,00 € (cinquanta)** in caso di ricovero del socio in Italia;
- b) **80,00 € (ottanta)** in caso di ricovero del socio 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**, nel caso sia sottoposto ad un intervento chirurgico, effettuato presso una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno e seguito eventualmente da un singolo pernottamento ospedaliero, è concesso il seguente sussidio forfetario per ogni ricovero diurno:

- a) **150,00 € (centocinquanta)** per il socio.

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**, 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) **50,00 € (cinquanta)** per il socio.

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.

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.

KRANKENHAUSBEREICH

Stationärer Aufenthalt

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

- a) **50,00 € (fünfzig)** bei Aufenthalt des Mitglieds in Italien;
- b) **80,00 € (achtzig)** bei Aufenthalt des Mitglieds 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**, welches sich eines chirurgischen Eingriffs in einer Tagesklinik mit eventueller Übernachtung eines chirurgischen Eingriffs unterzieht, wird folgender pauschaler Tagessatz je Tagesklinikaufenthalt gewährt:

- a) **150,00 € (hundertfünfzig)** für das Mitglied.

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** 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) **50,00 € (fünfzig)** für das Mitglieds.

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 hervorgehen.

V. INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

5.1 Interventi chirurgici sussidiabili effettuati presso strutture sanitarie PRIVATE

Al **socio**, 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 B**, 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;
- 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**, 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**, 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,

ANERKANNTA CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Anerkannte chirurgische Eingriffe durchgeführt in PRIVATEN Gesundheitseinrichtungen

Dem **Mitglied** 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 B** 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) 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 und 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** 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** 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,

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 e con successivo intervento chirurgico.

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;
- cartella clinica**, se necessaria.

5.4 Indennità sostitutiva per ricovero ospedaliero con intervento chirurgico sussidiabile

Qualora il **socio** 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 la seguente indennità sostitutiva **per ogni giorno di ricovero e fino ad un massimo di 30 giorni per ogni intervento**:

- a) **50,00 € (cinquanta)** per il ricovero del **socio** in Italia;
- b) **80,00 € (ottanta)** per il ricovero del **socio** 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 **fino ad un massimo di 200,00 € (duecento) 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.

Al fine del diritto al sussidio si considerano interventi chirurgici ambulatoriali i seguenti interventi:

- intervento chirurgico mediante laser ad eccimeri ad un solo occhio o ad entrambi gli occhi per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- riparazione del dito a martello, dito a scatto;
- ernia inguinale e ombelicale;
- liberazione del tunnel carpale e del tunnel tarsale;
- asportazione di borsite con correzione di tessuti molli ed osteotomia correttiva per alluce valgo;
- intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare;

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 mit darauffolgendem anerkanntem chirurgischem Eingriff.

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;
- Krankengeschichte**, falls erforderlich.

Ersatztagelohn für stationärem Krankenhausaufenthalt mit anerkanntem chirurgischem Eingriff

Falls das **Mitglied** 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 **für jeden Tag des stationären Aufenthalts und bis zu maximal 30 Tage je Eingriff** folgendes Ersatztagelohn gewährt:

- a) **50,00 € (fünfzig)** bei Aufenthalt des **Mitglieds** in Italien;
- b) **80,00 € (achtzig)** bei Aufenthalt des **Mitglieds** 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 **bis höchstens 200,00 € (zweihundert) 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 aufzuführen.

Das Anrecht auf eine Unterstützung ist für folgende ambulanten chirurgischen Eingriffe vorgesehen:

- chirurgischer Eingriff mit Excimer-Laser an einem oder beiden Augen bei Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit;
- Korrektur der Hammerzehe, schnellender Finger;
- Inguinalhernie und Umbilikalhernie;
- Dekompression des Karpaltunnels und des Tarsaltunnels;
- Ausschälung der Schleimbeutelentzündung mit Korrektur des weichen Gewebes und korrigierende Osteotomie des Hallux Valgus;

- cura delle vene varicose: legature e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, ministripping (varicectomia) di vene varicose dell'arto inferiore, interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser;
- asportazione (radicale) di lesioni della cute e del tessuto sottocutaneo.

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.

VI. CHIRURGIA OCULISTICA

6.1 Intervento correttivo mediante laser ad eccimeri

Al **socio**, che effettui trattamenti laser o terapie di seguito specificate, è concesso un sussidio **pari al 60% delle spese sostenute e fino ad un massimo di 1.200,00 € (milleduecento)**.

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 60% 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;
- fattura o ricevuta fiscale pagata;

- Katarakt-Operation mit oder ohne Implantierung einer intraokularen Linse;
- Behandlung der Krampfadern: Abbinden und stripping der Krampfadern der unteren Gliedmaße; ministripping (Varizektomie) der Krampfadern der unteren Gliedmaße, endovaskuläre Entfernung der Varizen mit Laser;
- Entfernung (radikal) von Haut- und Unterhautläsionen.

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.

AUGENCHIRURGIE

Korrektureingriff mittels Excimer-Laser

Dem **Mitglied**, das sich einer unten aufgeführten Laserbehandlung oder Therapie unterzieht, wird eine Unterstützung **von 60% der getätigten Ausgabe bis höchstens 1.200,00 € (tausendzweihundert)** 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 physiotherapeutischen und osteopathische Behandlungen, durchgeführt in privaten Strukturen oder bei innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit in öffentlichen Strukturen (intramuraria), eine Unterstützung in Höhe **von 60% 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;
- bezahlte Rechnung oder Steuerquittung;

- ricevuta di pagamento.

7.2 Cure termali

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

- a) **60 %** della spesa sostenuta **fino ad un massimo di 80,00 € (ottanta/00) per terapie termali nell'anno solare;**
- b) **60 %** del costo della visita specialistica effettuata presso la struttura termale quale accesso alle cure, **fino ad un massimo di 80,00 € (ottanta) 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 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 del trattamento.

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 50,00 € (cinquanta).**

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 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 prestazioni sanitarie presso strutture sanitarie private o presso strutture sanitarie pubbliche in libera professione intramuraria, è concesso il seguente sussidio:

- a) **60 % e fino ad un massimo di 80,00 € (ottanta)** delle spese sostenute per analisi clinico chimiche, ed ecografie ostetriche;
- b) **60 % e fino ad un massimo di 120,00 € (centoventi)** delle spese sostenute per esami di alta diagnostica e alta specializzazione quali, amniocentesi, villocentesi, ed altri esami ritenuti necessari dal medico ginecologo;

- Zahlungsbestätigung.

Thermalkuren

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

- a) **60 %** der getätigten Ausgabe bis höchstens **80,00 € (achtzig) für Thermalkuren je Kalenderjahr;**
- b) **60 %** der getätigten Ausgabe für die fachärztliche Visite, durchgeführt in der Thermalstruktur als Zugang zur Behandlung, **bis höchstens 80,00 € (achtzig) 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 50,00 € (fünfzig)** gewährt.

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

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

Psychologische Behandlungen

Dem **Mitglied** wird für psychologische Behandlungen 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), Gesundheitsleistungen durchführt, wird folgende Unterstützung gewährt:

- a) **60 % und bis höchstens 80,00 € (achtzig)** der getätigten Ausgaben für klinisch-chemische Analysen und geburtshilflicher Ultraschall;
- b) **60 % und bis höchstens 120,00 € (hundertzwanzig)** der getätigten Ausgaben für instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung, wie Amniozentese, Chorionzottenbiopsie sowie sonstige vom Gynäkologen für notwendig befundene Untersuchungen;

c) **60 % e fino ad un massimo di 50,00 € (cinquanta)** della spesa sostenuta per visita specialistica, **con un massimo di quattro visite per gravidanza** (ad integrazione di quanto riportato al punto 2.1 visite specialistiche).

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 di 10,00 € (dieci) 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 60,00 € (sessanta) per ogni giorno di degenza ospedaliera e fino ad un massimo di 10 giorni**, a condizione che il parto avvenga dopo la 24^a 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.

IX. OCULISTICA

9.1 Lenti

Al **socio**, è concesso un sussidio **pari al 50 % 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.

c) **60 % und bis höchstens 50,00 € (fünfzig)** der getätigten Ausgabe je Facharztvisite, **bis höchstens vier Visiten je Schwangerschaft** (ergänzend zu 2.1 fachärztliche Visiten).

Höchstentschädigungsgrenze

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

Dem Erstattungsantrag beizulegende Dokumente (Kopien)

- Bescheinigung über die 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 10,00 € (zehn) 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 60,00 € (sechzig/00) für jeden stationären Aufenthaltstag und für maximal 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.

AUGENHEILKUNDE

Sehhilfen

Dem **Mitglied** wird für die getätigte Ausgabe des Ankaufs jeden Paares Brillengläsern (inklusive evtl. Fassung) oder jährlicher Kontaktlinsen eine Unterstützung **von 50 % 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 einer Brille oder von Kontaktlinsen erforderlich ist.

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.

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.

X. PROTESICA

10.1 Protesi e presidi sanitari

Al **socio** 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;
- 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.

PROTHESEN

Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Dem **Mitglied** 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, Stützmieler, 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) 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 Steuerdokument, das die getätigte Ausgabe bescheinigt, müssen die Kosten für Prothesen oder sanitäre Hilfsmittel getrennt von allen anderen nicht erstattbaren Kosten, wie beispielsweise Batterien, Reparaturen, Verbrauchsmaterialien, ausgewiesen werden.

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.

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.

XI. PRESTAZIONI SANITARIE A RILIEVO SOCIALE

11.1 Assistenza domiciliare sanitaria

Al **socio**, nel caso in cui sia colpito da malattie o infortuni invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di assistenza domiciliare sanitaria, è concesso un **sussidio orario pari a 20,00 € (venti) 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.

SOZIALE GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Hauskrankenpflege

Dem **Mitglied** wird im Falle einer vorübergehenden oder dauerhaften Invalidität aufgrund von Krankheit oder Unfall, welche eine Hauskrankenpflege erforderlich macht, eine Unterstützung in Höhe von **20,00 € (zwanzig) 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.

11.2 Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali

Al **socio**, 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 domicilio negli ultimi sei mesi di vita e **fino ad un massimo di 3.000,00 € (tremila)**.

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.

Hauskrankenpflege für unheilbar krebserkrankte Patienten im Endstadium

Dem **Mitglied** bzw. seinen Begünstigten oder gesetzlichen Erben, wird im Falle einer bösartigen Krebserkrankung, eine Unterstützung **bis höchstens 3.000,00 € (dreitausend)** für die 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)

- Todesbescheinigung;
- 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 Inabilità totale

Al **socio**, cui sia stata riconosciuta la totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dai medici degli enti

SOZIALLEISTUNGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

Volle Erwerbsunfähigkeit

Dem **Mitglied**, dem von den Ärzten der dafür zuständigen Körperschaften die vollständige und dauerhafte körperliche

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) **3.000,00 € (tremila)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età inferiore a 35 anni;
- b) **2.000,00 € (duemila)** per soci, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale, abbiano un'età pari o superiore a 35 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.).

12.2 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) **3.000,00 € (tremila)** nel caso in cui il socio deceduto abbia un'età inferiore ai 35 anni;
- b) **2.000,00 € (duemila)** nel caso in cui il socio deceduto abbia un'età pari o superiore a 35 anni.

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.

oder geistige Unfähigkeit zuerkannt wurde, welche eine absolute und dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkt, wird eine einmalige Unterstützung in folgender Höhe gewährt:

- a) **3.000,00 € (dreitausend)** für Mitglieder im Alter von unter 35 Jahren zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;
- b) **2.000,00 € (zweitausend)** für Mitglieder im Alter von 35 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) **3.000,00 € (dreitausend)**, im Falle des verstorbenen Mitglieds im Alter von unter 35 Jahren;
- b) **2.000,00 € (zweitausend)**, im Falle des verstorbenen Mitglieds im Alter von 35 Jahren oder älter.

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.
- **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.
- **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

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

- **Eingeschriebene Mitglieder - Karenzzeiten und Anrecht auf Erstattung – Entschädigungslimits**
Karenzzeit 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.
- **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.
- **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 gestellt 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

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.

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 B** – 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.

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.

Das Steuerelement 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 B** – 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.

