

PLUS

san  **edil**
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

SANEDIL FONDS

Gesundheitsfonds
für Bauarbeiter



Entsprechend den neuen Vorschriften des Gesetzesvertretenden Dekrets 209/2005 Art.185 „Informationspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer“ informieren wir Sie, dass

- der Vertrag durch das italienische Recht geregelt wird.
- eventuelle Beschwerden in Bezug auf das Vertragsverhältnis oder die Abwicklung von Versicherungsfällen schriftlich an folgende Beschwerdestelle zu richten sind:

Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna Fax 051- 7096892 e-Mail: reclami@unisalute.it.

Wenn Sie mit dem Ergebnis Ihrer Beschwerde unzufrieden sind oder innerhalb von 45 Tagen keine Antwort erhalten haben, können Sie sich an IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Rom, Telefon 06.42.133.1 wenden.

Die an IVASS gerichteten Beschwerden müssen folgende Angaben enthalten:

- a) Vor- und Nachname sowie Adresse des Beschwerdeführers sowie eventuelle Rufnummer;
- b) Angabe des/der Betreffenden, dessen/deren Leistungserbringung/Service beanstandet wird;
- c) Kurze Beschreibung des Beschwerdegrunds;
- d) Kopie der eingereichten Beschwerde sowie der etwaigen Antwort der Gesellschaft
- e) Alle Unterlagen, die für eine ausführlichere Beschreibung der diesbezüglichen Umstände dienlich sind.

Die Informationen für Beschwerdeerhebung finden Sie auch auf der Website der Gesellschaft: www.fondosanedil.it Wir weisen Sie darauf hin, dass Streitigkeiten betreffend Quantifizierung der Leistungen und Zuweisung der Verantwortung der ausschließlichen Zuständigkeit eines Gerichts unterliegen und gegebenenfalls auch durch eine Schlichtung beigelegt werden können.

Die Leistungen des Gesundheitsplans sind garantiert von:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

Dieser Leitfaden wurde Ihnen als zweckdienliche und übersichtlich zusammengefasste Erläuterung bereitgestellt. Dieser ersetzt aber in keinem Fall den Vertrag, da er nur die wesentlichen Inhalte des Vertrags wiedergibt. Für eine umfassende und erschöpfende Bezugnahme ist daher allein der Vertrag maßgebend.

PLUS

ZUSAMMENFASSUNG



P. 6 WILLKOMMEN



P. 6 WIE SIE DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS IN ANSPRUCH NEHMEN



P. 9 FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT



P. 10 DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS

- P. 11 KRANKENHAUSAUFENTHALT MIT STATIONÄRER AUFNAHME FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE GEMÄSS BEILIEGENDEM VERZEICHNIS, NACH EINER KRANKHEIT ODER EINEM UNFALL

Krankentransport

Transplantationen

Säuglinge

Ersatzentschädigung inklusive Leistungen vor und nach stationärer Aufnahme

Der jährlich versicherte Kostenhöchstbetrag im Bereich stationärer Aufnahme

- P. 14 HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

- P. 17 FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

- P. 18 GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNG

- P. 18 REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Rehabilitative Physiotherapie nach Unfällen

Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen

- P. 19 SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN

- P. 20 IMPLANTOLOGIE

Einsatz von drei oder mehr Implantaten

Einsatz von zwei Implantaten

Einsatz eines Implantats

Extraktion von maximal 4 Zähnen (nur wenn für eine Leistung der Implantologie erforderlich)

- P. 21 CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME
- P. 22 KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN
- P. 22 SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN
- P. 24 ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN
- P. 24 LINSEN
- P. 25 SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN
- P. 25 GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE
 - Fachärztliche und diagnostische Untersuchungen für chronische Erkrankungen
- P. 26 MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT
- P. 27 SEKTION COVID-19
 - Tagegeld für stationäre Aufnahme bei nachgewiesener Infektion mit COVID-19 (Coronavirus)
 - Tagegeld nach stationärer Aufnahme mit Intensivtherapie wegen COVID-19 (Coronavirus)
- P. 27 LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN TARIFEN



P. 28 LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE



P. 29 WICHTIGE HINWEISE

- P. 29 TERRITORIALE GÜLTIGKEIT
- P. 29 ALTERSGRENZEN
- P. 30 HANDHABUNG DER KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)



P. 31 LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**



WILLKOMMEN

Der **“Leitfaden zum Gesundheitsplan”** ist eine praktische Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Krankenversicherung. Bitte befolgen Sie die Angaben dieses Leitfadens, wann immer Sie den Gesundheitsplan in Anspruch nehmen müssen.



WIE SIE DIE LEISTUNGEN

DES GESUNDHEITSPANS IN ANSPRUCH NEHMEN

VERTRAGSGEBUNDENE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN VON UNISALUTE FÜR DEN SANEDIL FONDS

Der Sanedil Fonds hat durch Unisalute ein Netzwerk privater Gesundheitseinrichtungen mit hohen Standards im Hinblick auf ärztliche Professionalität, Medizintechnik, Komfort und Pflegequalität geschaffen.

Wie Leistungen bei vertragsgebundenen Einrichtungen gebucht werden können

Wenn ein Mitglied des Sanedil Fonds eine Gesundheitsleistung in einer vertragsgebundenen Einrichtung buchen möchte, gibt es zwei Möglichkeiten:

- sich an die zuständige Bauarbeiterkasse/Edilcassa wenden.
- oder sich an den Delegierten/Betreuer wenden.

Wenn sich das Mitglied direkt an die Bauarbeiterkasse/Edilcassa wendet:

- füllt es das Leistungsantragsformular aus, das auf der Website des Sanedil Fonds www.fondosanedil.it heruntergeladen werden kann.
- erläutert es seinen Bedarf und übergibt dem Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse/Edilcassa das eventuelle ärztliche Rezept, das den Leistungsantrag enthält.

Wenn sich das Mitglied an den Delegierten/Betreuer wendet:

- füllt es das Leistungsantragsformular aus, das auf der Website des Sanedil Fonds www.fondosanedil.it heruntergeladen werden kann und übergibt es dem Delegierten/Betreuer.
- erläutert es seinen Bedarf und übergibt dem Delegierten/Betreuer das eventuelle

- ärztliche Rezept, das den Leistungsantrag enthält.
- Der Delegierte/Betreuer nimmt den Antrag entgegen, wendet sich an die zuständige Bauarbeiterkasse/Edilcassa und beantragt die Genehmigung für die vom Mitglied gewünschte Leistung.

In beiden Fällen prüft der Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse/Edilcassa, ob die nötige Mitgliedschaft beim Sanedil Fonds besteht, und kann dann zwei Arten von Verfahren einleiten, um die Leistung im Netz zu buchen:

1) „KOMPLETTVERFAHREN“:

Wenn die Leistung unter den Versicherungsschutz fällt, führt der Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse/Edilcassa die Buchung der beantragten Leistung zu Ende, wenn ihm das Mitglied oder, an dessen Stelle, der Delegierte/Betreuer die erforderlichen Daten für den Termin übermittelt: Name der gewünschten Einrichtung, Name des Arztes, Datum und Uhrzeit.

2) „GENEHMIGUNGS-LINK“:

Wenn die Leistung unter den Versicherungsschutz fällt, eröffnet der Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse/Edilcassa das Antragsverfahren; zu Ende geführt die Buchung der Leistung jedoch vom Mitglied über den Link, den Unisalute ihm per SMS/E-Mail übermittelt, und mit dem im Folgendem angegebenen Verfahren:

Was muss ein Mitglied tun, wenn es bei UniSalute eine Nachricht zur selbstständigen Buchung der Leistung („Genehmigungs-Link“) angefordert hat?

Das Mitglied muss:

- Die Nachricht von UniSalute mit dem Genehmigungs-Link öffnen.
- Auf den Link „Vertragsgebundene Einrichtungen“ klicken.
- Die Liste mit den vertragsgebundenen Einrichtungen aufrufen, die in der Nähe der vom Mitglied genannten Adresse zur Verfügung stehen.
- Die gewünschte Gesundheitseinrichtung auswählen.
- Diese Einrichtung kontaktieren und, unter der Angabe ein UniSalute-Versicherter zu sein, einen Termin vereinbaren.
- UniSalute über Datum und Uhrzeit des Termins informieren; dazu auf den entsprechenden Link in der Nachricht klicken.

Das Mitglied kann auch eine andere als die vorgeschlagenen Einrichtungen aus dem Link der Nachricht, die es erhalten hat, wählen:

- Dazu muss unter der Adresse www.fondosanedil.it die Website des Fonds aufgerufen und in der entsprechenden Rubrik die Liste der vertragsgebundenen Einrichtungen von Unisalute für den Sanedil Fonds heruntergeladen werden.
- Dann wird die gewünschte Gesundheitseinrichtung ausgewählt.
- Die Einrichtung wird kontaktiert und, unter Angabe ein Versicherter von Unisalute zu sein, ein Termin vereinbart.
- Danach wird UniSalute über den entsprechenden Link in der Nachricht, die das Mitglied erhalten hat, über Datum, Uhrzeit und den behandelnden Arzt des Termins informiert.

Im Anschluss sendet UniSalute dem Mitglied per Nachricht/E-Mail eine Bestätigung für die gebuchte Leistung.

Bei Inanspruchnahme der Leistung muss das Mitglied bei der vertragsgebundenen Einrichtung ein Ausweispapier vorlegen und gegebenenfalls die Verordnung des behandelnden Arztes, auf der die Erkrankung, der Diagnoseverdacht und die erforderlichen diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen angegeben sind. Unter „diagnostische Frage“ versteht sich die Angabe der vermuteten oder bereits gestellten Diagnose oder des Hauptsymptoms, die auf dem Antrag der ärztlichen oder diagnostischen Untersuchung aufgeführt werden muss.

Der Sanedil Fonds zahlt über Unisalute die Kosten der genehmigten Gesundheitsleistungen direkt an die vertragsgebundene Einrichtung. Innerhalb der vertragsgebundenen Einrichtung entstehen dem Mitglied nur dann Kosten, wenn Teil einer Leistung nicht in den Vertragsleistungen des Gesundheitsplans enthalten ist.

ERSTATTUNG VON SELBSTBETEILIGUNG (TICKETS) DES NATIONALEN GESUNDHEITSSYSTEMS ODER VON RECHNUNGEN NICHT-VERTRAGSGEBUNDENER GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

(für nicht zum Netz gehörige Einrichtungen nur in Provinzen gültig, in denen für die gewünschte Leistung keine vertragsgebundenen Einrichtungen zur Verfügung stehen)

Wie man die Erstattung von im Gesundheitsplan vorgesehenen Leistungen beantragt, die vom Nationalen Gesundheitssystem erbracht wurden (Tickets) oder von einer nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung, sofern in der entsprechenden Provinz keine vertragsgebundenen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Wenn das Mitglied beim Sanedil Fonds die Erstattung einer bereits bezogenen Gesundheitsleistung beantragen möchte, stehen ihm zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

- sich an die zuständige Bauarbeiterkasse/Edilcassa wenden.
- oder sich an den Delegierten/Betreuer wenden.

In beiden Fällen muss das Mitglied:

- das Leistungsantragsformular ausfüllen, das auf der Website des Sanedil Fonds www.fondosanedil.it heruntergeladen werden kann.
- der zuständigen Bauarbeiterkasse/Edilcassa oder dem Delegierten/Betreuer das ausgefüllte Formular und die für den spezifischen Versicherungsschutz erforderlichen Unterlagen übermitteln.

In beiden Fällen prüft der Mitarbeiter der Bauarbeiterkasse/Edilcassa die Mitgliedschaft beim Sanedil Fonds und leitet dann das Erstattungsantragsverfahren ein.

Nachstehend sind die Unterlagen angegeben, die in der Regel für die Erstattung der getragenen Gesundheitskosten erforderlich sind, sofern für die jeweiligen Vertragsleistungen des Gesundheitsplans keine anderslautenden Regelungen gelten:

- Das ausgefüllte und unterzeichnete **Erstattungsantragsformular**, das auf der Website des Sanedil Fonds heruntergeladen werden kann;
- Bei **stationärer Aufnahme**: eine mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte mit Entlassungsbrief des Krankenhauses (SDO);
- Bei **Tagegeld für stationäre Aufnahme**: eine mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte mit Entlassungsbrief des Krankenhauses (SDO);

Ferner müssen die gesamten medizinischen Unterlagen zu den Leistungen vor, während und nach dem stationären Aufenthalt zusammen mit den medizinischen Unterlagen der betreffenden Operation eingereicht werden.

- Bei **Leistungen ohne stationäre Aufnahme**: eine Kopie der Verordnung des behandelnden Arztes mit Angabe der festgestellten oder vermuteten Erkrankung;
- eventuelle andere medizinische Unterlagen, die für den spezifischen Versicherungsschutz erforderlich sind;
- **Kopien der Kostenbelege** (Einzahlungsbelege und Quittungen), aus denen die Zahlungsbestätigung hervorgeht.

Der Sanedil Fonds ist in jedem Fall berechtigt, auch die Vorlage der Originale der oben genannten Unterlagen zu verlangen, damit eine einwandfreie Beurteilung des Erstattungsantrags möglich ist.

Der Sanedil Fonds kann über UniSalute eventuelle ärztliche Kontrollen anfordern, auch durch Ausstellung einer spezifischen Genehmigung zur Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht der Ärzte, die die Untersuchungen und Behandlungen vorgenommen haben.

Die zuständige Bauarbeiterkasse/Edilcassa leitet die Erstattungsunterlagen an UniSalute weiter; nach Prüfung der Unterlagen sendet UniSalute dem Mitglied zur Information über den Ausgang des Erstattungsantrags eine SMS/E-Mail.

Wenn das Mitglied den Prüfstatus seines Erstattungsantrags erfahren möchte, kann es sich jederzeit, auch über den Delegierten/Betreuer, an die zuständige Bauarbeiterkasse/Edilcassa wenden.



FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT

Der Gesundheitsplan gilt für Arbeitnehmer mit Mitgliedschaft im Sanedil Fonds, für die einer der unter Art. 1 der Fonds-Satzung genannten Tarifverträge Anwendung findet, oder die bei Unternehmen angestellt sind, die Mitglied bei einer aus Gründungsparteien des Fonds bestehenden Bauarbeiterkasse/EdilCassa sind.



DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANS

PLUS

Der **Gesundheitsplan** gilt für Krankheitsfälle und Unfälle während der Gültigkeitsdauer des Gesundheitsplans im Rahmen der folgenden Vertragsleistungen:

- **AUFENTHALTE IN EINEM KRANKENHAUS/HEILINSTITUT WEGEN EINES GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFS**
- **HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN UND UNTERSUCHUNGEN**
- **FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN**
- **GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNG**
- **REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE**
- **SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN**
- **IMPLANTOLOGIE**
- **CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME**
- **KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN**
- **SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN**
- **ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN**
- **LINSEN**
- **SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN**
- **GESUNDHEITSMONITOR**
- **MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT**

SEKTION COVID-19:

DER GESUNDHEITSPLAN FINDET IM FALLE EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS MIT STATIONÄRE AUFNAHME BEI DIAGNOSTIZIERTER INFEKTION MIT COVID-19 ANWENDUNG:

- **TAGEGELD FÜR STATIONÄRE AUFNAHME BEI NACHGEWIESENER INFEKTION MIT COVID-19 (CORONAVIRUS)**
- **TAGEGELD NACH STATIONÄRE AUFNAHME MIT INTENSIVTHERAPIE WEGEN COVID-19 (CORONAVIRUS)**



KRANKENHAUSAUFENTHALT MIT STATIONÄRER AUFNAHME FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE GEMÄSS BEILIEGENDEM VERZEICHNIS, NACH EINER KRANKHEIT ODER EINEM UNFALL

Unter stationärer Aufnahme ist der Aufenthalt in einer Klinik mit Übernachtung zu verstehen; eine Versorgung in der Notaufnahme stellt keine stationäre Aufnahme dar. Bei stationärer Aufnahme für einen der im folgenden Abschnitt 9 genannten chirurgischen Eingriffe kann das Mitglied folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

VORSTATIONÄRE LEISTUNGEN

Labor-, diagnostische und fachärztliche Untersuchungen bis **50 Tage** vor der stationären Aufnahme, vorausgesetzt, diese sind aufgrund der Krankheit/des Unfalls erforderlich, die/der die stationäre Aufnahme bedingt hat.

Dieser Versicherungsschutz wird nur in Form einer Rückzahlung geleistet und sieht ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr für die entsprechenden Kosten und die im Punkt der nachstationären Leistungen genannten Kosten vor.

CHIRURGISCHER EINGRIFF

Vergütung für den Operateur, die Instrumentenschwester, den Assistenten, Anästhesisten und alle anderen am Eingriff beteiligten (resultierend aus dem Operationsbericht); Gebühr für den Operationssaal und das Operationsmaterial, einschließlich Endoprothesen.

MEDIZINISCHE BETREUUNG, ARZNEIMITTEL, BEHANDLUNGEN

Ärztliche Leistungen und Krankenpflege, fachärztliche Beratungen, Arzneimittel, Laboruntersuchungen, diagnostische Untersuchungen, physikalische und rehabilitative Behandlungen **während des stationären Aufenthalts**

TAGESSÄTZE

Im Versicherungsschutz sind Kosten für freiwillige Gesundheitsleistungen nicht inbegriffen.

Bei stationärer Aufnahme in eine nicht mit Unisalute für den Sanedil Fonds vertragsgewundene Klinik werden Kosten bis zu maximal **300,00 €** pro Tag übernommen.

BEGLEITPERSON

Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson in der Klinik oder im Hotel.

Bei stationärer Aufnahme in eine nicht mit Unisalute für den Sanedil Fonds vertragsgewundene Klinik werden Kosten bis **50,00 €** pro Tag für maximal **30 Tage** pro Klinikaufenthalt übernommen.

PRIVATE INDIVIDUELLE KRANKENPFLEGE

Private individuelle Krankenpflege bis **60,00 €** pro Tag für maximal **30 Tage** pro Klinikaufenthalt.

Dieser Versicherungsschutz wird ausschließlich in Form einer Kostenerstattung gewährt.

NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN

Laboruntersuchungen und diagnostische Untersuchungen, Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Leistungen, Krankenpflege (wenn die Notwendigkeit der zuletzt genannten Leistungen bei Entlassung aus der Klinik bescheinigt wird), physikalische oder rehabilitative Behandlungen und Thermalkuren (exklusive Beherbergungskosten), bis zu **50 Tagen** nach Entlassung aus der Klinik, vorausgesetzt, diese sind aufgrund der Krankheit/des Unfalls erforderlich, die/der die stationäre Aufnahme bedingt hat. Im Versicherungsschutz inbegriffen sind die Arzneimittel, die der behandelnde Arzt bei Entlassung aus der Klinik verordnet hat.

Es gilt ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr für diese Kosten und die vorstationären Leistungen.

a1) Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil Fonds, die von vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden.

In diesem Fall werden die Kosten für erbrachte Leistungen vom Sanedil Fonds über Unisalute direkt an die vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen bezahlt, ohne dass nicht-entschädigungsfähige Beträge anfallen, mit Ausnahme der folgenden Beträge:

- Punkt „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme wegen eines großen chirurgischen Eingriffs nach Krankheit oder Unfall“:
 - Lit. „Vorstationäre Leistungen“
 - Lit. „Private individuelle Krankenpflege“;

- Punkt „Krankentransport“

diese Beträge werden dem Mitglied im Rahmen der in den entsprechenden Abschnitten angegebenen Grenzen erstattet;
sowie mit Ausnahme folgender Beträge:

- Punkt „Säuglinge“

diese Beträge werden im Rahmen der im entsprechenden Abschnitt angegebenen Grenzen an die vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung bezahlt.

a2) Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil Fonds, die von nicht-vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden

Wird ein chirurgischer Eingriff in einer vertragsgebundenen Einrichtung von nicht-vertragsgebundenem Personal vorgenommen, werden die entsprechenden Kosten für die stationäre Aufnahme nach denselben Modalitäten und Bedingungen erstattet, die für eine stationäre Aufnahme in nicht-vertragsgebundenen Einrichtungen vorgesehen sind (Punkt b).

b) Leistungen in nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen

Hat das Mitglied sein Domizil in einer Provinz ohne vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen, werden ihm die Kosten für erbrachte Leistungen, unter Ausnahme der in den Punkten „Transplantationen“ und „Säuglinge“ vorgesehenen Bestimmungen, bis zu einem Höchstbetrag von **10.000,00 €** pro Eingriff erstattet, wobei ein **Selbstbehalt von 20 %** bzw. ein nicht-entschädigungsfähiger Mindestbetrag von **2.000,00 €** pro Eingriff berechnet wird. Bei der Berechnung des Selbstbehalts werden folgende Positionen nicht berücksichtigt:

- Punkt „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme wegen eines großen chirurgischen Eingriffs nach Krankheit oder Unfall“:
 - Lit. „Tagesätze“
 - Lit. „Begleitperson“
 - Lit. „Private individuelle Krankenpflege“

- Punkt „Krankentransport“

diese Beträge werden dem Mitglied im Rahmen der in den entsprechenden Abschnitten angegebenen Grenzen erstattet;

c) Leistungen in Strukturen des Nationalen Gesundheitsdienstes

Bei stationärer Aufnahme in Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes oder von diesem für Direktleistungen akkreditierten Einrichtungen und daraus folgender Übernahme aller Kosten durch den Nationalen Gesundheitsdienst, findet der im Punkt „Ersatzentschädigung“ vorgesehene Versicherungsschutz Anwendung.

Wenn dem Mitglied während der stationären Aufnahme Kosten für Unterkunft oder Selbstbeteiligungen anfallen, erstattet der Fonds diese in dem in den verschiedenen Punkten vorgesehenen Rahmen vollständig und zusätzlich zum Gesamtbetrag der Ersatzentschädigung.

Erfolgt die stationäre Aufnahme im Rahmen einer freiberuflichen Arzttätigkeit in-

nerhalb eines Krankenhauses, bei der das Mitglied die entsprechenden Kosten trägt, werden diese Kosten gemäß Lit. a) „Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil Fonds, die von nicht-vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden“ oder b) „Leistungen in privaten oder öffentlichen nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen“ erstattet.



KRANKENTRANSPORT

Der Fonds erstattet die Kosten für den Transport des Mitglieds im Rettungswagen, mit mobiler kardiologischer Diagnostik- und Therapie-Einheit und mit dem Sanitätsflugzeug bis zur Klinik, für die Verlegung von einer Klinik in eine andere und den Rücktransport zur Wohnung bis zu maximal **500,00 €** pro stationärer Aufnahme.



TRANSPLANTATIONEN

Bei Transplantation eines Organs oder Teilorgans erstattet der Fonds die Kosten gemäß Abschnitte „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme wegen eines großen chirurgischen Eingriffs nach Krankheit oder Unfall“ und „Krankentransport“ bis zu den darin angegebenen Obergrenzen, sowie die notwendigen Auslagen für die Entnahme des Spenderorgans, einschließlich Transport des Spenderorgans.

Während der vorstationären Zeit sind auch medikamentöse Behandlungen zur Verhinderung der Organabstoßung eingeschlossen.

Im Falle einer Lebendspende deckt der Versicherungsschutz die Kosten für die folgenden während der stationären Aufnahme erbrachten Leistungen für den Spender:

- Diagnostische Untersuchungen
- Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal
- Chirurgischer Eingriff
- Behandlungen
- Medikamente
- Tagessätze



SÄUGLINGE

Der Sanedil Fonds bezahlt über Unisalute die Kosten für chirurgische Eingriffe in den ersten 3 Lebensjahren des Säuglings zur Korrektur angeborener Missbildungen*, einschließlich der ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen vor und nach dem Eingriff sowie des Satzes für Übernachtung und Verpflegung einer Begleitperson in der Klinik oder im Hotel während der Zeit des Krankenhausaufenthalts, bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von **10.000,00 €** pro Säugling.



ERSATZENTSCHÄDIGUNG INKLUSIVE LEISTUNGEN VOR UND NACH STATIONÄRER AUFNAHME

Wenn das Mitglied weder für die stationäre Aufnahme (gemäß beiliegendem Verzeichnis) noch für andere mit dieser verbundene Leistungen (unter Ausnahme eventueller Hotelkosten oder Gesundheitstickets, die während des Krankenhausaufenthaltes anfallen) vom Fonds eine Rückzahlung fordert, ist es zur Zahlung einer Entschädigung von **150,00 €** für einen Zeitraum von maximal **90 Tagen** pro Krankenhausaufenthalt berechtigt.

Anm.: Der erste und letzte Tag des Krankenhausaufenthalts werden als ein einziger betrachtet, egal zu welcher Uhrzeit Aufnahme und Entlassung erfolgen. Die Kosten für die Leistungen vor und nach der stationären Aufnahme werden in diesem Fall ohne die eventuellen, im Punkt „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme für große chirurgische Eingriffe gemäß beiliegenden Verzeichnis, nach einer Krankheit oder einem Unfall“ vorgesehenen Beschränkungen in Höhe von bis zu maximal **1.000,00 €** pro Jahr bezahlt.



DER JÄHRLICH VERSICHERTE KOSTENHÖCHSTBETRAG IM BEREICH STATIONÄRER AUFNAHME

Der Gesundheitsplan sieht einen Kostenhöchstbetrag von **90.000,00 €** pro Mitgliedsjahr und Mitglied vor. Das bedeutet, dass, wenn diese Summe im Laufe des Jahres erreicht wird, keine weiteren Leistungen mehr in Anspruch genommen werden können. Der Versicherungsschutz steht ab dem darauffolgenden Jahr wieder für Ereignisse zur Verfügung, die im neuen Zeitraum anfangen. Für Ereignisse, die im Jahr davor angefallen sind, kann jedoch keine Erstattung mehr vorgenommen werden.



HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Zahlung der Leistungen für die folgenden Leistungen außerhalb des Krankenhauses.

Konventionelle Radiologie (ohne Kontrastmittel)

- Röntgenuntersuchungen des Stütz- und Bewegungsapparats
- Mammographie (Es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verordnung, aber nicht die Krankheit erforderlich ist.)
- Beidseitige Mammographie (Es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verordnung, aber nicht die Krankheit erforderlich ist.)
- Orthopantomogramm
- Röntgen der Wirbelsäule in toto
- Röntgen Organapparat
- Intraorale Röntgen
- Röntgen Speiseröhre
- Röntgen Speiseröhre Direktuntersuchung
- Serienröntgenaufnahme Dünndarm
- Röntgen Verdauungstrakt
- Röntgen oberer Verdauungstrakt
- Röntgen unterer Verdauungstrakt

Konventionelle Radiologie (mit Kontrastmittel)

- Arthrographie
- Bronchographie
- Kavernosographie
- Zisternographie
- Doppelkontrast-Zystographie
- Minktionszystourethrographie
- Kolonkontrasteinlauf mit Doppelkontrastdarstellung
- Cholangiographie/perkutane Cholangiographie
- Retrograde Cholangiopankreatikographie

- Cholezystographie
- Kolpographie
- Koronarangiographie
- Dakryozystographie
- Defäkographie
- Diskographie
- Urodynamische Untersuchung
- Fistelographie
- Phlebographie
- Fluoreszenzangiographie
- Galaktographie
- Hysterosalpingographie und/oder Sonohysterosalpingographie und/oder Sonohysterographie und/oder Sonosalpingographie
- Lymphographie
- Myelographie
- Pneumoenzephalographie
- Alle kontrastgrafischen Untersuchungen der interventionellen Radiologie
- Röntgen Speiseröhre mit Breischluck/Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen Dünndarm mit Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen Magen mit Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen Dünndarm mit Doppelkontrastdarstellung und selektiver Dünndarmpassage
- Röntgen des kompletten Verdauungstrakts einschließlich Speiseröhre mit Kontrastmittel
- Sialographie mit Kontrastmittel
- Splenoportographie
- Urethrozystographie
- Urographie
- Vesico-Deferentographie
- Darstellung des Wirsung-Gangs

Bildgebende Diagnostik

Ultraschall

- Ultraschalluntersuchung der Brust
- Beckenultraschalluntersuchung auch mit transvaginaler Sonde
- Transrektale Prostatasonographie

Farbkodierte Dopplersonographie

- Dopplersonographie mit Farbkodierung
- Farbkodierte Dopplersonographie der oberen und unteren Gliedmaßen
- Farbkodierte Dopplersonographie der Bauchaorta
- Farbkodierte Dopplersonographie der supraortalen Gefäße

Bildgebende Hochleistungsdiagnostik

Computertomographie (CT)

- CT-Angiographie
- CT-Angiographie exo- und intrakranieller Abschnitte
- Mehrschicht-Spiral-CT (64 Schichten)
- CT mit und ohne Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT)

- Kardio-MRT mit Cine-Sequenzen
- Angio-MRT mit Kontrastmittel
- NMR mit und ohne Kontrastmittel

PET (Positronen-Emissions-Tomographie)

- Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach Organ-Bereich/Apparat

Szintigraphie (nuklearmedizinisches „In-vivo“-Verfahren)

- Szintigraphie jeglicher Apparate oder Organe (einschließlich Myokardszintigraphie)
- Nuklearmedizinische „In-vivo“-Verfahren
- SPECT-Myokardszintigraphie
- Ganzkörperszintigraphie mit markierten autologen Zellen

Instrumentelle Diagnostik

- Kampimetrie
- Dynamisches Elektrokardiogramm (EKG) mit Analoggeräten (Holter)
- Elektroenzephalogramm
- Schlafentzug-EEG
- Dynamisches Langzeit-Elektroenzephalogramm (24-Stunden-EEG)
- Elektromyographie (EMG)
- Elektroretinogramm
- Kontinuierliche (24 Stunden) Blutdrucküberwachung
- pH-Metrie Speiseröhre Magen
- Evozierte Potentiale
- Spirometrie
- Hornhaut-Topographie zur instrumentellen Kartierung der Hornhaut

Biopsien

- Alle

Diagnostische und operative Endoskopien

- Diagnostische endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)
- Diagnostische Zystoskopie
- Ösophagogastroduodenoskopie
- Diagnostische Pankoloskopie
- Diagnostische Rektoskopie
- Diagnostische Rektosigmoidoskopie
- Diagnostische Tracheo-Bronchoskopie

Sonstige

- Sentinel-Lymphknotenbiopsie
- Arterielle Blutgasanalyse
- Lasertherapie zu physiotherapeutischen Zwecken
- Endoskopische bronchoalveoläre Lavage
- Suche nach dem Sentinel-Lymphknoten und Referenzpunkt

Therapien

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Dialyse

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Sanedil Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen über Unisalute direkt an die Einrichtungen, während das Mitglied für jede diagnostische Untersuchung und jeden Therapiezyklus zum Zeitpunkt der Nutzung der Leistung eine Selbstbeteiligung von **35,00 €** gebundene Einrichtung bezahlen muss. Das Mitglied muss der Gesundheitseinrichtung die Verordnung des behandelnden Arztes vorlegen, in der die vermutete oder festgestellte Erkrankung angegeben ist.

Die Nutzung nicht-vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter ist nur erlaubt, wenn das Mitglied sein Domizil oder seinen Wohnsitz in einer Provinz ohne vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen hat. Im Falle der Nutzung nicht-vertragsgebundener Einrichtungen werden die Kosten unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **35,00 €** pro Diagnoseuntersuchung erstattet. Um die Ticketerstattung durch den Fonds zu erhalten, muss das Mitglied zusammen mit der Rechnungskopie auch die Kopie der Überweisung des behandelnden Arztes einreichen, auf der die Erkrankung angegeben ist.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die dem Mitglied berechneten Gesundheitstickets unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro Leistung/Therapiezyklus.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **5.000,00 €** pro Mitglied.
Für Leistungen der Kategorie „Diagnostische und operative Endoskopien“ ist ein jährliches Sublimit von **500,00 €** pro Mitglied vorgesehen..



FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

Der Sanedil Fonds übernimmt die Kosten für fachärztliche Untersuchungen in der Folge einer Krankheit oder eines Unfalls; davon ausgenommen sind Untersuchungen der Zahnmedizin und Kieferorthopädie. Unter diesen Versicherungsschutz fällt ausschließlich eine psychiatrische Erstuntersuchung, um das Vorliegen einer eventuellen Erkrankung abzuklären.

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

In den Kostenbelegen (Rechnungen und Quittungen) muss zu Erstattungszwecken das medizinische Fachgebiet des Arztes angegeben sein, das der angezeigten Erkrankung entsprechen muss.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Sanedil Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei für jede fachärztliche Untersuchung ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von **25,00 €** berechnet wird.

Die Nutzung nicht-vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter ist nur erlaubt, wenn das Mitglied sein Domizil oder seinen Wohnsitz in einer Provinz ohne vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen hat. Wenn das Mitglied **nicht-vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter** in Anspruch nimmt, werden die Kosten unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **25,00 €** pro fachärztliche Untersuchung erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die dem Mitglied angelasteten Gesundheitstickets unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro fachärztliche Untersuchung.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **500,00 €** pro Mitglied.



GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNG

Der Fonds erstattet die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets für Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes infolge von Krankheiten oder Unfällen unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro Ticket:

- für diagnostische Untersuchungen (die nicht unter Punkt 4 „Hochspezialisierte Leistungen“ aufgeführt sind)
- für Leistungen der Notaufnahme

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **500,00 €** pro Mitglied.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Jährlich stehen für die unter den Punkten „Rehabilitative Physiotherapie nach Unfällen“ und „Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen“ genannten Leistungen **250,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Sanedil Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei für jeden Therapiezyklus ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von 25,00 € berechnet wird.

Die Nutzung nicht-vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter ist nur erlaubt, wenn das Mitglied sein Domizil oder seinen Wohnsitz in einer Provinz ohne vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen hat. Wenn das Mitglied nicht-vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter in Anspruch nimmt, werden die Kosten unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **25,00 €** pro Therapiezyklus erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die dem Mitglied berechneten Gesundheitstickets unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro Therapiezyklus.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH UNFÄLLEN

Abweichend von den Bestimmungen unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Zahlung der Kosten für physiotherapeutische Leistungen, die ausschließlich der Rehabilitation dienen, vorausgesetzt, sie wurden vom Hausarzt oder von einem Facharzt mit Spezialisierung auf dem Gebiet, unter das die betreffende Erkrankung fällt, verordnet und durch Ärzte ausgeführt oder durch Angehörige eines Gesundheitsberufs mit entsprechender Berufsbefähigung, deren Qualifikation durch den Kostenbeleg nachgewiesen wird.

Vom Versicherungsschutz sind ferner Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Wellness- und Gesundheitshotels und Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch wenn sie an eine Klinik angeschlossen sind.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH KRANKHEITEN, DIE ZU VORÜBERGEHENDER INVALIDITÄT FÜHREN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds nach einer im untenstehenden Verzeichnis angegebenen Krankheit, die zu vorübergehender Invalidität führen, die Zahlung der Kosten für physiotherapeutische Leistungen, die ausschließlich der Rehabilitation dienen, vorausgesetzt, sie wurden vom Hausarzt oder von einem Facharzt mit Spezialisierung auf dem Gebiet, unter das die betreffende Erkrankung fällt, verordnet und durch Ärzte ausgeführt oder durch Angehörige eines Gesundheitsberufs mit entsprechender Berufsbefähigung, deren Qualifikation durch den Kostenbeleg nachgewiesen wird. Vom Versicherungsschutz sind ferner Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Wellness- und Gesundheitshotels und Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch wenn sie an eine Klinik angeschlossen sind.

Verzeichnis der Krankheiten, für die der Versicherungsschutz gilt:

- Kardiovaskuläre Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Neurologische Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Eingriffe zur prothetischen Versorgung von Gliedmaßen, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Hochgradige pathologische Frakturen, die zu vorübergehender Invalidität führen



SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten des besonderen zahnärztlichen „Leistungspakets“, das einmal jährlich in den genannten vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds nach Voranmeldung in Anspruch genommen werden kann. Die unten angeführten Leistungen dieses „Pakets“ dienen der Überwachung eventueller Krankheitszustände, wengleich noch nicht gesicherter Diagnose, die bei Patienten, bei denen familiäre Fälle aufgetreten sind, als besonders zweckmäßig gelten.

Zahnsteinentfernung, gegebenenfalls mit Kontrolluntersuchung der Zähne, mittels Ultraschall oder im Bedarfsfall mittels einer anderen Art der Behandlung der Mundhygiene

Wenn der Arzt aufgrund des besonderen klinischen und/oder Krankheitszustands des Mitglieds in Übereinstimmung mit dem Fonds die Notwendigkeit feststellt, im Laufe des gleichen Mitgliedsjahres eine zweite Behandlung zur Entfernung von Zahnstein durchzuführen, übernimmt der Fonds auch diese zweite Leistung auf die im Folgenden angegebene Art und Weise, wie bereits im Falle der vorherigen Leistung. Bei Nutzung einer vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung von UniSalute für den Sanedil Fonds muss UniSalute vorab über die zweite Behandlung informiert werden.

Dagegen gehen weitere Leistungen, sofern gewünscht, zu Lasten des Mitglieds, wie z. B. Fluoridierung, Glätten und Polieren der Zahnwurzeln, Glätten der Zahnoberflächen unter dem Sulkus (Zahnfleischrand), etc.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Sanedil Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei ein Selbstbehalt von **25 %** berechnet wird, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.



IMPLANTOLOGIE

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Zahlung der unten genannten Leistungen.

Für Leistungen der Zahnimplantologie stehen jährlich **2.000,00 €** zur Verfügung.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets ohne Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Betrags.

Bitte beachten Sie:

- Für die Auszahlung müssen die vor und nach der Versorgung mit den Implantaten erstellten Röntgenaufnahmen und -befunde eingereicht werden.



EINSATZ VON DREI ODER MEHR IMPLANTATEN

Der Versicherungsschutz gilt für drei oder mehr Implantate, die im Rahmen desselben Behandlungsplans vorgesehen sind.

Unter den Versicherungsschutz fallen das Positionieren des Implantat-Aufbaus, das endgültige Element, das provisorische Element und die Schraube oder der Stift des/der Implantate.

- › Wenn die Gesamtkosten der im Heilplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen..



EINSATZ VON ZWEI IMPLANTATEN

Für den Einsatz von zwei Implantaten im Rahmen ein und desselben Heilplans ist ein jährliches Kostensublimit von **1.250,00 €** vorgesehen.

Unter den Versicherungsschutz fallen das Positionieren des Implantat-Aufbaus, das endgültige Element, das provisorische Element und die Schraube oder der Stift des/der Implantate.

Wenn die Gesamtkosten der im Heilplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.

- › Wenn sich nach Aktivierung des im Punkt „Einsatz eines Implantats“ vorgesehenen Versicherungsschutzes im gleichen Versicherungsjahr die Notwendigkeit eines zweiten Implantats ergibt, wird dieses im Rahmen des von diesem Versicherungsschutz vorgesehenen Sublimits von **1.250,00 €**, abzüglich des bereits genehmigten und bezahlten Betrags, übernommen.



EINSATZ EINES IMPLANTATS

Für den Einsatz eines Implantats im Rahmen ein und desselben Heilplans ist ein jährliches Kostensublimit von **625,00 €** vorgesehen.

Unter den Versicherungsschutz fallen das Positionieren des Implantat-Aufbaus, das endgültige Element, das provisorische Element und die Schraube oder der Stift des/der Implantate.

- › Wenn die Gesamtkosten der im Heilplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.



EXTRAKTION VON MAXIMAL 4 ZÄHNEN

(NUR WENN FÜR EINE LEISTUNG DER IMPLANTOLOGIE ERFORDERLICH)

Der Versicherungsschutz gilt für eine im Rahmen einer Implantologieleistung erforderliche Extraktion von maximal 4 Zähnen pro Jahr

Bitte beachten Sie, dass bei Nutzung vertragsgebundener Einrichtungen Folgendes gilt:

- › Wenn die Gesamtzahl der im Heilplan vorgesehenen Leistungen die oben genannte Zahl übersteigt, muss das Mitglied die entsprechenden Kosten selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.



CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die getragenen Kosten für chirurgische Eingriffe in der Folge untenstehender Erkrankungen, einschließlich für Maßnahmen der Implantologie, auch wenn diese nach den chirurgischen Eingriffen außerhalb des Versicherungsschutzes erfolgen, vorausgesetzt, auch diese werden im Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen durchgeführt:

- Adamantinome
- Zahnabszess bei Vorhandensein eines endodontisches Instruments im Kanallumen
- Follikuläre Zysten
- Radikuläre Zysten (Zahnwurzelzysten)
- Odontome
- Entfernen eines dislozierten Implantats aus der Kieferhöhle

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Für die Kostenübernahme der Leistungen sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Röntgenaufnahmen und -befunde für das Entfernen eines dislozierten Implantats aus der Kieferhöhle und eines Zahnabszesses bei Vorhandensein eines endodontischen Instruments im Kanallumen, erstellt von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Röntgendiagnostik;

- Von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Röntgendiagnostik erstellte Röntgenaufnahmen und -befunde und von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Pathologischer Anatomie erstellte histologische Befunde, für follikuläre und radikuläre Zysten, Adamantinome und Odontome.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **2.000,00 €** pro Mitglied.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets ohne Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Betrags..



KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Zahlung der Leistungen für konservative Zahnbehandlungen.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei ein Selbstbehalt von **25 %** berechnet wird, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets vollständig.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **100,00 €** pro Mitglied.



SPEZIELLE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN

Der Fonds übernimmt einmal pro Jahr die untenstehenden Leistungen, wenn diese von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeitern von UniSalute für den Sanedil Fonds erbracht werden.

Diese Leistungen dienen der Überwachung eventueller Krankheitszustände, wenn gleich noch nicht gesicherter Diagnose, die bei Patienten, bei denen familiäre Fälle aufgetreten sind, als besonders zweckmäßig gelten.

Diese Leistungen sind in einer einmaligen Untersuchung durchzuführen.

Basispaket Frau/Mann ab 18 Jahren

- Alanin-Aminotransferase ALT
- Aspartat-Aminotransferase AST
- HDL-Cholesterin
- Gesamtcholesterin
- Kreatinin
- Großes Blutbild
- Gamma-GT

- Blutzucker
- Triglyceride
- Partielle Thromboplastinzeit (PTT)
- Prothrombinzeit (PT)
- Harnstoff
- BSG
- Urin; chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchung

Für Frauen ab 18 Jahren:

- Pap-Test

A - Kardiovaskulre Vorsorge

Mindestalter 40 Jahre Frau/Mann

Genehmigter Kostenhöchstbetrag von 150,00 Euro für Mitglieder beider Geschlechter und jeden Alters, die sich folgenden Untersuchungen unterziehen:

a) Hämatochemische Diagnostik, gekennzeichnet durch:

- Großes Blutbild
- BSG
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatinämie
- Gesamtcholesterin und HDL
- Triglyceride
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

b) Spezifische Untersuchungen:

- Fachärztliche kardiologische Untersuchung
- Basis- und Belastungs-EKG

B - Prävention onkologischer Krankheiten der weiblichen Genitalien und Brust

Für Frauen ab einem Alter über 50 Jahre

Genehmigter Kostenhöchstbetrag von 120,00 Euro für folgende Untersuchungen:

a) Allgemeine Basis der hämatochemischen Diagnostik, gekennzeichnet durch:

- Großes Blutbild
- BSG
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatinämie
- Gesamtcholesterin und HDL
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

b) Spezifische Untersuchungen:

- Gynäkologische Untersuchung und Pap-Test

C - Prävention der onkologischen Prostatapathologien

Für Männer ab einem Alter über 50 Jahre

Genehmigter Kostenhöchstbetrag von 120,00 Euro für folgende Untersuchungen:

a) Allgemeine Basis der hämatochemischen Diagnostik, beruhend auf:

- Großes Blutbild
- BSG
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatinämie

- Gesamtcholesterin und HDL
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

B) Spezifische Untersuchungen:

- Fachärztliche urologische Untersuchung
- Ultraschalluntersuchung der Prostata und Blase
- PSA-Dosierung



ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN

Der Fonds erstattet die Kosten für den Kauf von Orthesen und akustischen Prothesen. Erforderlich ist die ärztliche Verordnung unter Angabe einer Begründung.

Die Kosten werden unter Berechnung eines Selbstbehalts von 20 % bzw. eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **100,00 €** pro Rechnung/Person erstattet.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **500,00 €** pro Mitglied.



LINSEN

Der Fonds erstattet dem Mitglied die getragenen Kosten für Korrekturlinsen für Brillen oder Kontaktlinsen.

Der Fonds erstattet die Kosten unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **50,00 €** pro Rechnung/Person.

Zur Aktivierung des Versicherungsschutzes ist ein Attest eines Augenarztes des Nationalen Gesundheitsdienstes oder eines Privatoptikers zur Bescheinigung der Änderung der Sehschärfe erforderlich.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **90,00 €** pro Mitglied.



SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERERER KRANKHEITEN

Der Fonds erstattet Gesundheitskosten und/oder Leistungen in Bezug auf schwere Arbeitsunfähigkeit, die durch Unfälle am Arbeitsplatz verursacht wird und zu einer dauerhaften Invalidität von mehr als 50 % führt (I.N.A.I.L.-Referenztafel) oder durch eine der folgenden schweren Krankheiten verursacht wird

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Lähmungen
- Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren-, Rückenmarks- oder Bauchspeicheldrüsentransplantation
- Mukoviszidose
- Ischämie der Wirbelsäulenarterien

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nur unter folgenden Voraussetzungen wirksam ist:

Der Arbeitsunfall muss durch ein Attest der Notaufnahme bescheinigt werden und sich im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplans ereignet haben. Die aufgelisteten schweren Krankheiten müssen erstmals im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplans aufgetreten sein.

Es wird darauf hingewiesen, dass nur die direkten Folgen des Unfalls bei der Berechnung des Grades der dauerhaften Invalidität berücksichtigt werden, nicht auch gleichzeitig bestehende beeinträchtigende Bedingungen, die zu einer stärkeren Beeinträchtigung führen.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **7.000,00 €** pro Mitglied.

Dieser Kostenhöchstbetrag kann im Laufe der ersten drei Jahre dieses Gesundheitsplans genutzt werden.



GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE

UniSalute bietet seinen volljährigen Mitgliedern über 40 Jahren über den Fonds einen Service zur Überwachung der klinischen Werte für folgende chronischen Krankheiten an: chronische Atemwegserkrankungen (Bronchialasthma und chronische obstruktive Lungenerkrankung [COPD]), Bluthochdruck und Diabetes.

Unisalute stellt über den Fonds ein fortschrittliches technisches System zur Verfügung, das eine Messung der klinischen Parameter direkt im eigenen Zuhause ermöglicht. Nach Ausfüllen eines Fragebogens wird dem Patienten kostenlos ein medizinisches Gerät ausgehändigt, mit dem er die Messungen direkt in seinem Zuhause durchführen kann.

Die Werte des Patienten werden von einer Operativen Zentrale ständig überwacht; diese besteht aus fachkundigen Krankenpflegern, die eingreifen, wenn ein klinischer Alarm auftritt, und gleichzeitig eine Coaching- und Schulungsfunktion innehaben, die das Empowerment des Patienten unterstützt.

Der Vorteil für den Patienten besteht in einer Verbesserung des Krankheitsmanagements durch eine genauere Einhaltung des eigenen Heilplans und ein erhöhtes Bewusstsein, was den eigenen Gesundheitszustand angeht.



FACHÄRZTLICHE UND DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN FÜR CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Für Mitglieder, die am Programm für das Monitoring chronischer Erkrankungen teilnehmen, sieht der Fonds die Zahlung der Kosten für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen in Bezug auf die chronischen Erkrankungen vor, an denen sie leiden; diesbezüglich gelten die unten beschriebenen Modalitäten.

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Domizil des Mitglieds in einer Provinz liegt, in der keine vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute zur Verfügung stehen, kann sich dieses Mitglied an Personal oder Gesundheitseinrichtungen wenden, die keine Vertragsbindung mit UniSalute haben; die dabei vom Mitglied getragenen Kosten werden erstattet, ohne dass eine Selbstbeteiligung oder ein Selbstbehalt anfällt.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets vollständig.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für diesen Versicherungsschutz beträgt **300,00 €** pro Mitglied.



MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT

Der Fonds übernimmt die Zahlung folgender Kosten Kontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft:

- maximal 2 Ultraschalluntersuchungen

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets vollständig.



SEKTION COVID-19



TAGEGELD FÜR STATIONÄRE AUFNAHME BEI NACHGEWIESENER INFektion MIT COVID-19 (CORONAVIRUS)

Der Fonds verpflichtet sich, für jeden Tag der stationären Aufnahme in einem Krankenhaus/Heilinstitut nach einem Vorfall, der sich während der Wirksamkeit des Gesundheitsplans ereignet hat und bei dem der Patient positiv auf COVID-19 (Coronavirus) getestet wurde, für maximal 30 Tage im Laufe der Mitgliedschaft eines Mitglieds ein Tagegeld von **40,00 €** zu bezahlen.

Der Tag der stationären Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus gelten als ein einziger Tag..



TAGEGELD NACH STATIONÄRER AUFNAHME MIT INTENSIVTHERAPIE WEGEN COVID-19 (CORONAVIRUS)

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und nur in Fällen, in denen der Patient in der Intensivtherapie intubiert werden musste, wird für **30 Tage** ein Genesungstagegeld von **40,00 €** bezahlt.

DIE IN DEN PUNKTEN 6.16.1 UND 6.16.2 VORGESEHENEN TAGEGELDER SIND NICHT KUMULIERBAR.



LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN TARIFEN

Wenn kein Versicherungsschutz für eine Leistung besteht, weil diese nicht im Gesundheitsplan vorgesehen ist oder der jährliche Kostenhöchstbetrag bereits ausgeschöpft wurde oder die Kosten für die Leistung unterhalb der nicht-entschädigungsfähigen Mindestbeträge liegen, kann bei der Servicezentrale trotzdem die Buchung dieser Leistung und die Übermittlung eines Fax an die aus dem Netzwerk ausgewählte Einrichtung veranlasst werden, um von den Sondertarifen für UniSalute-Mitglieder profitieren zu können, die eine Ersparnis gegenüber den normalerweise üblichen Tarifen ermöglichen.



LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE

II Der Gesundheitsplan umfasst nicht alle Ereignisse, die dem vorgesehenen Typ des Versicherungsschutzes zurechenbar sind, und nicht alle für garantierte Gesundheitsleistungen getragene Kosten sind durch den Gesundheitsplan gedeckt.

Vom Versicherungsschutz des Gesundheitsplans sind ausgenommen:

1. Behandlungen und/oder Eingriffe zur Beseitigung oder Korrektur körperlicher Defekte* oder Missbildungen**, die bereits vor Abschluss des Gesundheitsplan bestanden, vorbehaltlich der Bestimmungen im Punkt „Säuglinge“;
2. Behandlungen von psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen allgemein, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen;
3. Zahnprothesen, Behandlung von Parodontopathien, Zahnbehandlungen und zahnärztliche Untersuchungen;
4. von Leistungen im Bereich der ästhetisch-kosmetischen Medizin (davon ausgenommen sind Eingriffe der rekonstruktiven plastischen Chirurgie, die aufgrund von Unfällen oder stark eingreifenden Operationen während der Gültigkeit des Gesundheitsplans notwendig waren);
5. Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme und Day Hospital Aufenthalte, während der Behandlungen (einschließlich Physiotherapie oder Verabreichung von Arzneimitteln) oder diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden, die aufgrund ihrer technischen Anforderungen auch ambulant vorgenommen werden können;
6. Fertilitätsuntersuchungen und medizinische Maßnahmen der künstlichen Befruchtung;
7. stationäre Aufnahme, bedingt durch Pflegebedürftigkeit des Mitglieds, das die Unterstützung einer anderen Person bei den gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt sowie stationäre Langzeitpflege.
8. Unter stationärer Langzeitpflege ist die stationäre Aufnahme des Mitglieds aufgrund seines körperlichen Zustands zu verstehen, bei dem die Gesundheit durch ärztliche Behandlungen nicht wiederhergestellt werden kann und eine Aufnahme in eine Klinik zwecks Pflege, Betreuung oder erhaltender Maßnahmen der Physiotherapie notwendig ist.
9. Eingriffe zum Austausch von orthopädischen Prothesen jeder Art;
10. Behandlung von Krankheiten, die auf den Missbrauch von Alkohol und Psychopharmaka, den Konsum von Drogen zu nicht therapeutischen Zwecken oder Halluzinogenen zurückzuführen sind;
11. Unfälle, die auf den Missbrauch von Alkohol und Psychopharmaka, den Konsum von Drogen zu nicht therapeutischen Zwecken oder Halluzinogenen zurückzuführen sind;
12. Unfälle infolge der Ausübung von gefährlichen und Extremsportarten, wie z. B. Flug-, Motorrad-, Automobilsport, Freiklettern an Fels oder Eis (Free Climbing), Rafting und Extrembergsteigen sowie bei Teilnahme an entsprechenden Wett- oder Trainingsrennen offizieller oder inoffizieller Art;
13. Unfälle, die durch arglistiges Vorgehen des Mitglied verursacht werden;
14. Folgen von Selbstmordversuchen, Selbstschädigung und vorsätzlichen oder grob fahrlässigen kriminellen Handlungen des Mitglieds;
15. direkte oder indirekte Folgen der Transmutation von Atomkernen, von Strahlung, die durch die künstliche Teilchenbeschleunigung verursacht wird, und der Exposition gegenüber ionisierender Strahlung;
16. Folgen von Kriegereignissen, Aufständen, Erdbeben und Vulkanausbrüchen sowie Wetterereignissen;
17. Von der Schulmedizin nicht anerkannte Leistungen sowie experimentelle Behandlungen und biologische Arzneimittel;
18. alle medizinischen Behandlungen, einschließlich intravitrealer Injektionen;
19. die direkten und indirekten Folgen von Pandemien.

Mit Beschränkung auf die in den Punkten über zahnärztlichen Versicherungsschutz vorgesehenen Leistungen, ist der Gesundheitsplan für folgende Leistungen nicht wirksam:

- ästhetischen Zahnersatz;
- Behandlungen aufgrund der Folgen von psychiatrischen Erkrankungen.

Die Beschränkung auf die im Punkt „Schwere Arbeitsunfähigkeit aufgrund dauerhafter Invalidität wegen eines Arbeitsunfalls oder schwerer Krankheiten“ vorgesehenen Leistungen, ist der Gesundheitsplan, zusätzlich zu oben genannten Ausschüssen, auch in folgenden Fällen nicht wirksam:

- Ausgeschlossen bleibt eine dauerhafte Invalidität aufgrund geistiger Erkrankungen sowie psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen, Psychosen, Depressionen und deren Folgen;
- Frühere Unfälle und Erkrankungen, die vor Wirksamkeit des Gesundheitsplan aufgetreten sind.

*Unter körperlichem Mangel versteht man eine abweichende Gestaltung von der normalen Morphologie eines Körpers oder Teilen seiner Organe, die auf erworbene krankhafte oder traumatische Zustände zurückzuführen ist.

**Unter einer Fehlbildung versteht man eine abweichende Gestaltung von der normalen Morphologie eines Körpers oder Teilen seiner Organe, die auf angeborene Störungen zurückzuführen ist.



WICHTIGE HINWEISE



TERRITORIALE GÜLTIGKEIT

Der Gesundheitsplan ist in der ganzen Welt gültig und wird auf die gleiche Art und Weise wie in Italien angewandt.



ALTERSGRENZEN

Der Gesundheitsplan kann bis Vollendung des **70.** Lebensjahr des Mitglieds abgeschlossen oder verlängert werden; er endet automatisch bei der 1. jährlichen Fälligkeit des Planes, nachdem das Mitglied das **71.** Lebensjahr vollendet hat.



HANDHABUNG DER KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)

A) Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds

Die Kostenbelege für Gesundheitsleistungen, die in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht werden, werden von der Einrichtung direkt überreicht.

B) Leistungen in nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen

Die als Kopie erhaltenen Kostenbelege sind entsprechend den gesetzlichen Vorschriften aufzubewahren und dem Erstattungsantrag beizulegen. Für den Fall, dass der Fonds die Vorlage der Originalbelege anfordert, werden dem Mitglied nur die eventuell eingereichten Originalbelege innerhalb von einem Monat zurückgesandt.

Dem Erstattungsantrag sind Kopien der äußerlichen Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen, Krankenakten usw.) beizufügen. Der Fonds nach eigenem Ermessen berechtigt, zur Überprüfung des Antrags jederzeit die Originalunterlagen anzufordern. Denken Sie daran, dass der Fonds, wenn falsche oder gefälschte Unterlagen eingereicht werden, sofort die zuständigen Gerichtsbehörden für eine entsprechende Überprüfung und die Feststellung der eventuellen strafrechtlichen Haftung verständigt.



ACHTUNG

Erstattungsanträge müssen innerhalb zwei Jahren nach dem Rechnungsdatum oder dem Datum des für die genutzte Leistung ausgestellten Kostenbelegs eingereicht werden. Für Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme beginnt diese Frist Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus. Rechnungen und Kostenbelege, die nach Ablauf der Zweijahresfrist übermittelt werden, sind nicht erstattungsfähig.



LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

Alle bösartigen Neubildungen an Organen oder Apparaten. Die Diagnose für die Übernahme und spätere Kostenerstattung muss durch eine biopsische, histologische oder zytologische Bescheinigung belegt werden. Natürlich sind auch Operationen mit nachweislicher Malignitätsdiagnose nach dem Eingriff zulässig.

NEUROCHIRURGIE

- Neurochirurgische Eingriffe, mittels Kraniotomie oder transoral
- Eingriffe der Kranioplastik
- Transspenoidale Operation an der Hypophyse
- Entfernung von Tumoren der Orbita (Augenhöhle)
- Entfernung von (intra- und/oder extramedullären) Knochenzubildungen an Dornfortsätzen der Wirbelsäule
- Eingriffe bei Bandscheibenvorfall und/oder Myelopathien anderer Art der • Halswirbelsäule bei anteriorem oder posterioem Zugang
- Eingriffe am Plexus brachialis

AUGENHEILKUNDE

- Enukleation des Augapfels
- Katarakt und Linsenoperationen mit eventueller Vitrektomie

HNO

- Entfernung von parapharyngealen Tumoren, Tumoren der Uvula (Uvulektomie) und der Stimmlippen (Chordektomie)
- Rekonstruktion der Gehörknöchelchen
- Eingriff bei Akustikusneurinomen

HALS-CHIRURGIE

- Totale Parotidektomie

CHIRURGIE DER ATMUNGSORGANE

- Eingriffe bei Bronchialfisteln
- Eingriffe bei pulmonaler Echinokokkose
- Totale oder partielle Pneumektomie
- Nasenpolypenoperationen

KARDIOVASKULÄRE CHIRURGIE

- Eingriffe am offenen Herzen durch Thorakotomie
- Eingriffe an großen thorakalen Gefäßen durch Thorakotomie
- Eingriffe an der Bauchaorta durch Laparotomie
- Endarterektomie der Arteria carotis und Arteria vertebralis
- Dekompression der Arteria vertebralis durch transversale Öffnung
- Eingriffe bei Aneurysmen: Resektion und Implantation einer Gefäßprothese
- Entfernung eines Glomus caroticum
- Saphenektomie großer Blutgefäße (nur Krampfader der Vena saphena magna)

CHIRURGIE DES VERDAUUNGSTRAKTS

- Bariatrische Chirurgie Sleeve Gastrectomy für BMI über 40
- Resektion (totale oder partielle) der Speiseröhre
- Eingriffe mit Ösophagoplastik
- Eingriff bei Megaösophagus
- Eingriff bei gastrojejunkolischer Fistel
- Totale Kolektomien, Hemikolektomien und Rektokolische Resektionen bei anteriorem Zugang (mit oder ohne Kolostomie)
- Amputation von Rektum und Anus
- Eingriffe bei Megakolon über anterioren oder abdominoperinealen Zugang

- Exhairese vom Tumoren des retroperitonealen Raums
- Drainage von Leberabszessen
- Leistenbruch und Femurhernie (unter Ausschluss aller anderen Hernien der Bauchdecke)
- Eingriffe wegen Leberechinokokkose
- Leberresektionen
- Magenresektion wegen pharmakologisch nicht behandelbarer Geschwüre
- Erneute Eingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege
- Chirurgische Eingriffe aufgrund portaler Hypertension
- Eingriffe bei akuter oder chronischer Pankreatitis durch Laparotomie
- Eingriffe bei Zysten, Pseudozysten oder Fisteln des Pankreas durch Laparotomie

UROLOGIE

- Surrenalectomie
- Operative Rekonstruktion der Harnblase mit oder ohne Ureterosigmoidostomie
- Harnsteine

GYNÄKOLOGIE

- Hysterektomie mit eventueller Adnexektomie

ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

- Eingriffe wegen Halsrippensyndrom
- Versteigungsoperationen der Wirbelsäule
- Wirbelkörperresektion
- Behandlung von Dysmetrien und/oder Fehlhaltungen der unteren Gliedmaßen durch externe Fixateure
- Radikale Eingriffe zur Entfernung von Knochentumoren
- Eingriffe zum Einsatz von Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Knieprothesen
- Eingriffe bei Karpaltunnelsyndrom und schnellendem Finger

MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

- Chirurgische Mund-, Kiefer- und Gesichtseingriffe bei unfallbedingten Mutilationen des Gesichts, die eine Verringerung von über 25 % der Funktionsfähigkeit mit sich bringen

ORGANTRANSPLANTATIONEN

- Alle





SANEDIL FONDS

Gesundheitsfonds für Bauarbeiter

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT