

PLUS

san  **edil**
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

MINI LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

SANEDIL FONDS
Gesundheitsfonds
für Bauarbeiter



*Die Leistungen des Gesundheitsplans
sind garantiert von:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MINI LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

SANEDIL FONDS

Gesundheitsfonds
für Bauarbeiter

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

MINI LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**



KRANKENHAUSAUFENTHALTE MIT STATIONÄRER AUFNAHME WEGEN EINES GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFS (GEMÄSS DEM VERZEICHNIS, DAS DEM LEITFADEN FÜR DEN GESUNDHEITSPLAN BEILIEGT), NACH EINER KRANKHEIT ODER EINEM UNFALL

Im Falle einer stationären Aufnahme für einen großen chirurgischen Eingriff in einem Krankenhaus/Heilinstitut (siehe Verzeichnis der Eingriffe im Leitfaden des Gesundheitsplans auf www.fondosanedil.it) sind folgende Kosten vom Gesundheitsplan gedeckt: vorstationäre Leistungen in den 50 Tagen vor der Aufnahme, chirurgische Eingriff, medizinische Betreuung, Medikamente und Behandlungen, Tagessätze, Begleitperson, individuelle Betreuung durch privates Pflegepersonal, nachstationäre Leistungen in den 50 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt, Krankentransport, Transplantationen, chirurgische Eingriffe in den ersten drei Lebensjahren des Säuglings zur Korrektur angeborener Missbildungen.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Kosten werden vom SANEDIL Fonds über UniSalute direkt und vollständig an die Einrichtungen bezahlt, es sei denn sie betreffen einen Versicherungsschutz mit spezifischen Begrenzungen.

- **Leistungen in nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen nicht-vertragsgebundener Ärzte**

Hat das Mitglied sein Domizil in einer Provinz ohne vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen, werden ihm Kosten bis maximal **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 Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Vom Mitglied getragene Hotelkosten oder Selbstbeteiligungen (Tickets) werden vollständig erstattet.

- **Ersatzentschädigung inklusive Leistungen vor und nach stationärer Aufnahme**

Beantragt das Mitglied weder für den Krankenhausaufenthalt noch für andere mit diesem verbundene Leistungen eine Rückzahlung, ist es zu einem Krankenhaustagegeld von **150 €** für einen Zeitraum von maximal 90 Tagen berechtigt

Die Kosten für die Leistungen vor und nach der stationären Aufnahme werden 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.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 90.000,00 € pro Mitglied.**



HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten für eine Reihe von Leistungen außerhalb des Krankenhauses vor, wie zum Beispiel Mammographien, Chemotherapie, Dialyse, Magnetresonanztomographien, Szintigraphien (siehe komplettes Verzeichnis im Leitfaden des Gesundheitsplans auf www.UniSalute.it oder auf www.fondosanedil.it). 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.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Die Kosten werden vom SANEDIL Fonds über UniSalute direkt an die Einrichtung bezahlt, wobei das Mitglied einen Selbstbehalt von 35,00 € pro diagnostische Untersuchung oder Therapiezyklus trägt.

- **In nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds (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)**

Kosten werden unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von 35,00 € pro diagnostische Untersuchung oder Therapiezyklus erstattet.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Die vom Mitglied getragenen Selbstbeteiligungen (Tickets) werden unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von 10,00 € pro Leistung/Therapiezyklus erstattet.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 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 Gesundheitsplan sieht die Übernahme von Kosten für fachärztliche Untersuchungen vor. Davon ausgenommen sind pädiatrische Untersuchungen für Routinekontrollen in Verbindung mit dem Wachstum sowie zahnärztliche und orthodontische Untersuchungen. 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. Unter diesen Versicherungsschutz fällt ausschließlich eine psychiatrische Erstuntersuchung, um das Vorliegen einer eventuellen Erkrankung abzuklären.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Der Sanedil Fonds bezahlt die Kosten direkt an die Einrichtungen, wobei ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von **25,00 €** pro fachärztliche Untersuchung berechnet wird.

- **In nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds (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)**

Die Kosten werden unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von **25,00 €** pro fachärztliche Untersuchung erstattet.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets werden unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro fachärztliche Untersuchung erstattet.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 500,00 € pro Mitglied.**



GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNG

Der Gesundheitsplan erstattet die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets für Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von **10,00 €** pro Ticket:

- für diagnostische Untersuchungen (die nicht unter „Hochspezialisierte Leistungen“ vorgesehen sind);
- für Leistungen der Notaufnahme

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 500,00 € pro Mitglied.**



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Rehabilitative Physiotherapie nach Unfällen und nach Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten für Physiotherapie nach Unfällen und ausschließlich rehabilitativer Physiotherapie für Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen (siehe Verzeichnis), vor, vorausgesetzt das diese Therapien von einem Arzt verordnet und von medizinischem oder paramedizinischem Personal mit Zulassung für Rehabilitationstherapien durchgeführt werden. Zur Nutzung des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich und für die Physiotherapie nach Unfällen auch ein Attest der Notaufnahme. 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, die zu vorübergehender Invalidität führen:

- 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

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Der Sanedil Fonds bezahlt die Kosten direkt an

die Einrichtungen, wobei ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von **25,00 €** pro Therapiezyklus berechnet wird.

- **In nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Samedil Fonds (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)**

Die Kosten werden unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von 25,00 € pro Therapiezyklus erstattet.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets werden unter Berechnung eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von 10,00 € pro Therapiezyklus erstattet.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 250,00 € pro Mitglied.**



SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten einer Behandlung zum Entfernen von Zahnstein mit eventueller Kontrolluntersuchung vor; diese Behandlung kann einmal pro Jahr in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute durchgeführt werden. Diese Leistungen sind in einer einmaligen Untersuchung durchzuführen. Wenn der Arzt im Laufe desselben Jahres die Notwendigkeit einer zweiten Mundhygienebehandlung feststellt, genehmigt und bezahlt der Fonds diese im Rahmen der oben genannten Beschränkungen.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Die Kosten werden vom Sanedil Fonds unter Berechnung eines Selbstbehalts von 25 % direkt an die Einrichtungen bezahlt.



IMPLANTOLOGIE

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der Kosten für Leistungen der Implantologie zum Einsatz von einem, zwei, drei oder mehr innerhalb desselben Heilplans vorgesehenen Implantaten vor.

Inbegriffen sind: die Positionierung des Implantats, die eventuelle Extraktion, das endgültige Element, das Provisorium und der Stift/Stumpf der Implantate.

Übernommen werden auch die Kosten für die Extraktion von bis zu maximal 4 Zähnen pro Jahr (sofern diese im Rahmen einer Leistung der Implantologie erforderlich wird).

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Die Kosten werden vom Sanedil Fonds direkt und vollständig an die Einrichtungen bezahlt.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Vollständige Erstattung der Gesundheitstickets

Jährlich zur Verfügung stehender Höchstbetrag: 2.000,00 € pro Mitglied.

Jährliches Kostensublimit: **625,00 €** (im Falle eines Implantats) – **1.250,00 €** (im Falle von zwei Implantaten)



CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme von Kosten für zahnärztliche Operationen aufgrund folgender Krankheiten vor:

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

Um diesen Versicherungsschutz zu erhalten, ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Die Kosten werden vom Sanedil Fonds direkt und vollständig an die Einrichtungen bezahlt.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Vollständige Erstattung der Gesundheitstickets

Jährlich zur Verfügung stehender Höchstbetrag: 2.000,00 € pro Mitglied.



KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme von Kosten für konservative Zahnbehandlungen vor.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für**

den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte

Die Kosten werden vom Sanedil Fonds unter Berechnung eines Selbstbehalts von 25 % direkt an die Einrichtungen bezahlt.

- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**

Vollständige Erstattung der Gesundheitstickets

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 100,00 € pro Mitglied.**



SPEZIELLE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten für eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen vor, die einmal pro Jahr und im Rahmen eines einzigen Termins bei vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds wahrgenommen werden können.

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 – Kardiovaskuläre 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 Prostata-pathologien

Für Männer ab einem Alter über 50 Jahre

Genehmigter Kostenhöchstbetrag von 120,00 Euro für folgende Untersuchungen:

a) Allgemeine Basis der hämatochemis-

chen 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 Gesundheitsplan sieht die Erstattung der Kosten für den Kauf von Orthesen und akustischen Prothesen unter Berechnung eines Selbstbehalts von 20 % bzw. eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrags von **100,00 €** pro Rechnung/Person vor.

Erforderlich ist die ärztliche Verordnung unter Angabe der Begründung.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 500,00 € pro Mitglied.**

**LINSEN**

Der Gesundheitsplan sieht die Erstattung der Kosten für Korrekturlinsen von Brillen oder korrigierenden Kontaktlinsen unter Berechnung eines nicht-erstattungs-fähigen Mindestbetrag von **50,00 €** pro Rechnung/Person vor.

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

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 90,00 € pro Mitglied.**



SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN

Der Gesundheitsplan 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.-Referenztablelle) oder durch eine der folgenden schweren Krankheiten verursacht wird

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

Der Arbeitsunfall muss durch ein Attest der Notaufnahme bescheinigt werden und die aufgeführten schweren Erkrankungen müssen erstmals im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplan aufgetreten sein.

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 4.200,00 € pro Mitglied, die
im Laufe der ersten drei Jahre des Gesundheitsplans genutzt werden können.**



GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE

Der Gesundheitsplan bietet volljährigen Mitgliedern über 40 Jahren einen Kontrollservice für chronische Erkrankungen an; Zu diesem Zweck wird ein modernes technisches Gerät zur Verfügung gestellt, das eine Messung der klinischen Parameter direkt im eigenen Zuhause ermöglicht.

Zu diesem Zweck muss lediglich ein Fragebogen ausgefüllt werden; nach Auswertung der angegebenen Parameter 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 Servicezentrale 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. Außerdem ist ein zusätzliches Kostenlimit für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen in Bezug auf den chronischen Zustand des Patienten vorgesehen.

Fachärztliche und diagnostische Untersuchungen für chronische Erkrankungen

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen vor, die in engem Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen stehen, an denen die Mitglieder leiden. Eine ärztliche Verordnung ist erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**

Die Kosten werden vom Sanedil Fonds direkt und vollständig an die Einrichtungen bezahlt.

- **Bei Inanspruchnahme nicht-vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds oder nicht-vertragsgebundener Ärzte** (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) werden die Kosten vollständig vom Sanedil Fonds bezahlt.
- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**
Vollständige Erstattung der Gesundheitstickets

**Jährlich zur Verfügung stehender
Höchstbetrag: 300,00 € pro Mitglied.**



MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT

Der Gesundheitsplan sieht die Übernahme der Kosten für 2 Ultraschallkontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft vor:

- **Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds und Leistungen vertragsgebundener Ärzte**
Die Kosten werden vom Sanedil Fonds direkt und vollständig an die Einrichtungen bezahlt.
- **Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes**
Vollständige Erstattung der Gesundheitstickets



SEKTION COVID-19

Tagegeld für stationäre Aufnahme bei nachgewiesener Infektion mit COVID-19 (Coronavirus)

Der Gesundheitsplan sieht im Falle der stationären Aufnahme eines Mitglieds aufgrund COVID-19 (positiver Corona-Test) ein Krankenhaustagegeld von **40,00 €** für maximal 30 Tage vor. 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.

Diese Tagegelder sind nicht kumulierbar.



ERMÄSSIGTE UNISALUTE-TARIFE

Wenn eine Leistung nicht vom Versicherungsschutz gedeckt ist, weil sie nicht im Gesundheitsplan vorgesehen ist oder der jährliche Kostenhöchstbetrag bereits ausgeschöpft wurde oder die Kosten unterhalb des nicht-entschädigungsfähigen Mindestbetrags liegen, und die Kosten Leistung vollständig vom Mitglied getragen werden müssen, besteht die Möglichkeit, einen ermäßigten Tarif in Anspruch zu nehmen, der unter dem normalerweise in den vertragsgesunden Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil Fonds üblichen Markttarif liegt.



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.fondosanedit.it die Website des Fonds aufgerufen und in der entsprechenden Rubrik die Liste der vertragsgebundenen Einrichtungen von Unisalute für den Sanedit 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 Ausweisungspapier 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/Edilcas-

sa 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.





SANEDIL FONDS

Gesundheitsfonds für Bauarbeiter

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT