

BASIS

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 421331, 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.

Nähere Informationen zur Einreichung einer Beschwerde finden Sie auf der Website der Versicherungsgesellschaft 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. Der Leitfaden ersetzt aber keinesfalls den Krankenversicherungsvertrag, da er nur die wesentlichen Vertragsinhalte wiedergibt. Für eine umfassende und erschöpfende Bezugnahme ist daher allein der Vertrag maßgebend.

LEISTUNGSKATALOG
01.06.2021 – 30.09.2022

BASIS

ZUSAMMENFASSUNG



S. 6 WILLKOMMEN



S. 6 FÜR WEN GILT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?



S. 7 DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANES

S. 8 STATIONÄRE AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS FÜR EINEN GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFF (GEMÄSS LISTE) INFOLGE KRANKHEIT ODER UNFALL

Krankentransport Transplantationen

Neugeborene und Kleinkinder

Ersatzentschädigung inklusive Leistungen vor und nach stationärer Aufnahme

Jährlich versicherter Kostenhöchstbetrag im Bereich stationärer Aufnahme

S. 11 HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

S. 14 FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

S. 14 GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNGEN

S. 15 REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Rehabilitative Physiotherapie nach Unfall

Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen

S. 16 SPEZIELLE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

S. 17 IMPLANTOLOGIE

Versorgung mit 3 oder mehr Implantaten

Versorgung mit 2 Implantaten

Versorgung mit 1 Implantat

S. 18 EXTRAKTION VON MAXIMAL 4 ZÄHNEN

S. 19 KIEFERORTHOPÄDIE

- S. 19 CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME
- S. 20 ZAHNERHALTENDE BEHANDLUNGEN
- S. 20 BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN
- S. 21 ORTHOPÄDISCHE PROTHESEN UND HÖRGERÄTE
- S. 21 KORREKTURLINSEN
- S. 22 HOCHGRADIGE LEISTUNGSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERINVALIDITÄT INFOLGE ARBEITSUNFALL ODER SCHWERER KRANKHEIT
- S. 22 GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE
 - Fachärztliche und diagnostische Untersuchungen bei chronischen Erkrankungen
- S. 23 MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT
- S. 24 BEREICH COVID-19
 - Tagegeld für stationäre Aufnahme bei positivem Test auf das Coronavirus (Covid-19)
 - Tagegeld nach stationärer Aufnahme mit Intensivtherapie wegen Covid-19 (Coronavirus)
- S. 24 LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN UNISALUTE-TARIFEN



S. 25 LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE



S. 26 WICHTIGE HINWEISE

- S. 26 TERRITORIALE GÜLTIGKEIT
- S. 26 ALTERSGRENZEN
- S. 26 HANDHABUNG DER KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)



S. 28 LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**



WILLKOMMEN

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



FÜR WEN GILT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Leistungen des Gesundheitsplans stehen **Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen zu, die im Sanedil Fonds eingeschrieben sind** und auf deren Arbeitsverhältnis einer der unter Art. 1 der Fonds-Satzung genannten Kollektivverträge Anwendung findet, oder die bei Unternehmen beschäftigt sind, die einer aus Gründungsparteien des Fonds bestehenden Bauarbeiterkasse (Casse Edili/EdilCasse) beigetreten sind. Neben den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen stehen die Leistungen des Gesundheitsplans auch ihren steuerlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen zu, d. h. **der/dem steuerlich zu Lasten lebenden Ehegattin/Ehegatten laut Familienstandsbescheinigung und den steuerlich zu Lasten lebenden Kindern.**



DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANS

BASIS

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

- **STATIONÄRE AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS FÜR EINEN GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFF**
- **HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN**
- **FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN**
- **GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN, ERST- UND NOTFALLVERSORGUNGEN**
- **REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE**
- **SPEZIELLE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN**
- **IMPLANTOLOGIE**
- **KIEFERORTHOPÄDIE**
- **CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ZAHNMEDIZIN OHNE STATIONÄRE AUFNAHME**
- **ZAHNERHALTENDE BEHANDLUNGEN**
- **SPEZIELLE ZAHNBEHANDLUNGEN**
- **ORTHOPÄDISCHE PROTHESEN UND HÖRGERÄTE**
- **KORREKTURLINSEN**
- **HOCHGRADIGE LEISTUNGSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERINVALIDITÄT INFOLGE ARBEITSUNFALL ODER SCHWERER KRANKHEIT**
- **GESUNDHEITSMONITOR**
- **MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT**

BEREICH COVID-19:

DER GESUNDHEITSPLAN FINDET IM FALLE EINER STATIONÄREN AUFNAHME BEI DIAGNOSTIZIERTER CORONAVIRUS-KRANKHEIT-2019 (COVID-19) ANWENDUNG:

- **TAGEGELD FÜR STATIONÄRE AUFNAHME BEI POSITIVEM TEST AUF DAS CORONAVIRUS (COVID-19)**
- **TAGEGELD NACH STATIONÄREER AUFNAHME MIT INTENSIVTHERAPIE WEGEN COVID-19 (CORONAVIRUS)**



STATIONÄRE AUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS FÜR EINEN GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFF (GEMÄSS LISTE) AUFGRUND KRANKHEIT ODER UNFALL

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Unter stationärer Aufnahme ist ein Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung zu verstehen; eine Versorgung in der Notaufnahme stellt keine stationäre Aufnahme dar. Bei stationärer Aufnahme für einen chirurgischen Eingriff, der im Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe aufgeführt ist, 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 bzw. des Unfalls erforderlich, die bzw. der zur stationären Aufnahme führt.

Dieser Versicherungsschutz wird nur in Form einer Kostenerstattung geleistet und sieht zusammen mit den nachstationären Leistungen ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr für die entsprechenden 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, MEDIKAMENTE, BEHANDLUNGEN

Ärztliche Leistungen und Krankenpflege, fachärztliche Beratungen, Medikamente, Laboruntersuchungen, diagnostische Untersuchungen, physikalische und rehabilitative Behandlungen **während der Dauer des stationären Aufenthalts**.

TAGESSÄTZE

Im Versicherungsschutz sind die Kosten für Wahlleistungen nicht inbegriffen.

Bei Aufnahme in eine nicht mit UniSalute für den Sanedil Fonds vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung werden Kosten bis zu maximal **300,00 €** pro Tag erstattet.

BEGLEITPERSON

Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson im Krankenhaus oder Hotel.

Bei Aufnahme in eine nicht mit UniSalute für den Sanedil Fonds vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung werden Kosten bis maximal **50,00 €** pro Tag für maximal **30 Tage** pro Krankenhausaufenthalt übernommen.

PRIVATE INDIVIDUELLE KRANKENPFLEGE

Private individuelle Krankenpflege bis **60,00 €** pro Tag für maximal **30 Tage** pro Krankenhausaufenthalt. Dieser Versicherungsschutz wird nur in Form einer Kostenerstattung gewährt.

NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN

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

Für diese Leistungen und zusammen mit den vorstationären Leistungen ist ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr vorgesehen.

a1) Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds, die von vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden

In diesem Fall werden die Kosten für die erbrachten Leistungen durch den Sanedil Fonds über UniSalute direkt an die vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung bezahlt, ohne dass nicht-entschädigungsfähige Beträge anfallen, mit Ausnahme der unter folgenden Punkten genannten Beträge:

- Punkt „Stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus für einen großen chirurgischen Eingriff infolge Krankheit oder Unfall“:
 - unter „Vorstationäre Leistungen“
 - unter „Private individuelle Krankenpflege“
- Punkt „Krankentransport“

Diese werden dem Mitglied bis zu den jeweils angegebenen Höchstbeträgen erstattet.

Sowie mit Ausnahme der unter folgendem Punkt genannten Beträge:

- Punkt „Neugeborene und Kleinkinder“

Diese werden bis zu den in diesem Punkt angegebenen Höchstbeträgen an die vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung bezahlt.

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

Wenn in einer vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung ein chirurgischer Eingriff von nicht vertragsgebundenem Personal durchgeführt wird, werden alle Kosten für den Krankenhausaufenthalt nach denselben Modalitäten und Bedingungen erstattet, die für eine stationäre Aufnahme in nicht vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen vorgesehen sind (Punkt b).

b) Leistungen in privaten oder öffentlichen, nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen

Hat das Mitglied seinen Wohnsitz in einer Provinz ohne vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen, werden ihm die Kosten für erbrachte Leistungen, mit Ausnahme der unter den Punkten „Transplantationen“ und „Neugeborene und Kleinkinder“ vorgesehenen Bestimmungen, bis zu einem Höchstbetrag von 8.000,00 € pro Eingriff erstattet, wobei ein ungedeckter Anteil von 20 % bzw. ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von 2.000,00 € pro Eingriff berechnet wird. Bei der Berechnung des ungedeckten Anteils werden folgende Positionen nicht berücksichtigt:

- Punkt „Stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus für einen großen chirurgischen Eingriff infolge Krankheit oder Unfall“:
 - „Tagessätze“
 - „Begleitperson“
 - „Private individuelle Krankenpflege“
- Punkt „Krankentransport“

Diese Beträge werden dem Mitglied bis zu den jeweils angegebenen Limits erstattet.

c) Leistungen in Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes

Bei stationärer Aufnahme in eine Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes oder in eine von diesem für Direktleistungen akkreditierte Einrichtung, deren Kosten somit sämtlich durch den nationalen Gesundheitsdienst getragen werden, findet der unter Punkt „Ersatzentschädigung“ angegebene Versicherungsschutz Anwendung.

Wenn dem Mitglied während des Krankenhausaufenthalts Kosten für Hotelunterkunft oder Gesundheitstickets anfallen, erstattet der Fonds diese im Rahmen der jeweiligen Limits vollständig und zusätzlich zum Gesamtbetrag der Ersatzentschädigung. Erfolgt die stationäre Aufnahme im Rahmen einer krankenhauses-internen freiberuflichen Arzt-tätigkeit, bei der das Mitglied die entsprechenden Kosten trägt, werden diese Kosten

gemäß den Angaben unter Buchstabe a) „Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds, die von vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden“ oder b) „Leistungen in nicht-vertragsgebundenen privaten oder öffentlichen Gesundheitseinrichtungen“ erstattet.



KRANKENTRANSPORT

Der Fonds erstattet die Kosten für den Transport des Mitglieds im Rettungswagen mit mobiler kardiologischer Diagnostik- und Therapie-Einheit oder mit dem Sanitätsflugzeug bis zur Klinik, für die Verlegung von einer Klinik in eine andere und den Rücktransport zur Wohnung bis zu maximal **300,00 €** pro stationärer Aufnahme.



TRANSPLANTATIONEN

Bei Transplantationen eines Organs oder Teilorgans erstattet der Fonds die Kosten gemäß den Angaben unter den Punkten „Stationäre Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung für einen großen chirurgischen Eingriff infolge Krankheit oder Unfall“ und „Krankentransport“ bis zu den darin angegebenen jeweiligen Höchstbeträgen sowie die notwendigen Auslagen für die Entnahme des Spenderorgans, einschließlich für dessen Transport.

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

Im Falle einer Lebendorganspende deckt der Versicherungsschutz die Kosten für die folgenden, während des stationären Aufenthalts des Organspenders erbrachten Leistungen ab:

- Diagnostische Untersuchungen
- Medizinische Betreuung und Krankenpflege
- Chirurgischer Eingriff
- Behandlungen
- Medikamente
- Tagessätze



NEUGEBORENE UND KLEINKINDER

Der Sanedil Fonds bezahlt über UniSalute die Kosten für chirurgische Eingriffe bei Neugeborenen und Kleinkindern in den ersten 3 Lebensjahren zur Korrektur angeborener Fehlbildungen*, einschließlich der ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen vor und nach dem Eingriff sowie des Satzes für Übernachtung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder im Hotel während des stationären Aufenthalts des Kindes bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von **6.000,00 €** pro Kind.



ERSATZENTSCHÄDIGUNG INKLUSIVE LEISTUNGEN VOR UND NACH STATIONÄRER AUFNAHME

Wenn das Mitglied weder für den stationären Aufenthalt (gemäß beiliegendem Verzeichnis) noch für andere mit dieser verbundene Leistungen (mit Ausnahme eventueller Hotelkosten oder Gesundheitstickets, die während des Krankenhausaufenthalts anfallen) vom Fonds eine Kostenerstattung fordert, hat es Anspruch auf eine Entschädigung von **90,00 €** pro Tag über einen Zeitraum von maximal 90 Tagen pro

Krankenhausaufenthalt.

Anmerkung: Der erste und letzte Tag des Krankenhausaufenthalts werden als ein einziger Tag gewertet, unabhängig davon, zu welcher Uhrzeit Aufnahme und Entlassung erfolgen.

Die Kosten für Leistungen vor und nach der stationären Aufnahme werden in diesem Fall ohne Berücksichtigung der eventuellen unter Punkt „Stationäre Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung für einen großen chirurgischen Eingriff gemäß Liste infolge Krankheit oder Unfall“ vorgesehenen Beschränkungen bis zu maximal 1.000,00 € pro Jahr beglichen.



JÄHRLICH VERSICHERTER KOSTENHÖCHSTBETRAG IM BEREICH STATIONÄREER AUFNAHME

Der Gesundheitsplan sieht einen Kostenhöchstbetrag von **55.000,00 €** pro Beitragsjahr und Mitglied vor. Das bedeutet, dass, wenn diese Summe im Laufe eines Jahres erreicht wird, keine weiteren Leistungen mehr in Anspruch genommen werden können. Der Versicherungsschutz steht im darauffolgenden Beitragsjahr wieder für Leistungsfälle zur Verfügung, diesem neuen Versicherungszeitraum eintreten. Ereignisse, die im Jahr davor vorgefallen sind, sind jedoch nicht mehr erstattungsfähig.



HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 von Abschnitt „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Zahlung folgender Leistungen ohne stationäre Aufnahme:

Konventionelle Röntgendiagnostik (ohne Kontrastmittel)

- Röntgenuntersuchungen des Stütz- und Bewegungsapparats
- Mammographie (für diese Leistung ist nur eine ärztliche Verordnung, aber keine Erkrankung erforderlich)
- Beidseitige Mammographie (für diese Leistung ist nur eine ärztliche Verordnung, aber keine Erkrankung erforderlich)
- Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme der Kiefer)
- Röntgen Wirbelsäule in toto
- Röntgen eines Organs oder Apparats
- Intraorale Röntgenaufnahme (eines begrenzten Bereichs im Mund)
- Röntgen Speiseröhre
- Röntgen Speiseröhre Direktuntersuchung
- Serienröntgenaufnahme Dünndarm
- Röntgen Verdauungstrakt
- Röntgen oberer Verdauungstrakt
- Röntgen unterer Verdauungstrakt

Konventionelle Röntgendiagnostik (mit Kontrastmittel)

- Arthrographie
- Bronchographie
- Kavernosographie
- Zisternographie
- Zystographie/Doppelkontrastuntersuchung
- Miktionszystourethrographie
- Kolonkontrasteinlauf/Doppelkontrasteinlauf
- Cholangiographie/perkutane Cholangiographie

- Retrograde Cholangiopankreatikographie
- Cholezystographie
- Kolpographie
- Koronarangiographie
- Dakryozystographie
- Defäkographie
- Diskographie
- Urodynamische Untersuchung
- Fistelographie
- Phlebographie
- Fluoreszenzangiographie
- Galaktographie
- Hysterosalpingographie und/oder Hysterosalpingo-Kontrast-Sonographie und/oder Hysterosonographie und/oder Salpingosonographie
- Lymphographie
- Myelographie
- Pneumoenzephalographie
- Alle bildgebenden Kontrastuntersuchungen der interventionellen Radiologie
- Röntgen Speiseröhre Breischluck- oder Doppelkontrastuntersuchung
- Röntgen Dünndarmdoppelkontrastuntersuchung
- Röntgen Magendoppelkontrastuntersuchung
- Röntgen Dünndarm Doppelkontrastuntersuchung mit selektiver Darmpassage
- Röntgen Verdauungstrakt komplett einschließlich Speiseröhre mit Kontrastmittel
- Sialographie mit Kontrastmittel
- Splenoportographie
- Urethrozystographie
- Urographie
- Vesico-Deferentographie
- Darstellung des Wirsung-Gangs

Bildgebende Diagnostik

Ultraschalluntersuchungen

- Mammasonographie (Ultraschalluntersuchung der Brust)
- Beckensonographie, auch mit transvaginaler Sonde
- Prostatazonographie, auch transrektal

Farbdoppler-Sonographie

- Doppler-/Farbdoppler-Echokardiographie
- Farbdoppler-Sonographie der unteren und oberen Gliedmaßen
- Farbdoppler-Sonographie der Bauchaorta
- Farbdoppler-Sonographie der supraortalen Gefäßstämme

Bildgebende Hochleistungsdiagnostik

Computertomographie (CT)

- CT-Angiographie
- CT-Angiographie extra- und intrakranieller Gefäßabschnitte
- Mehrschicht-Spiral-CT (64 Schichten)
- CT mit und ohne Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT)

- Cine-MRT Herz
- Angio-MRT mit Kontrastmittel
- MRT mit und ohne Kontrastmittel

PET (Positronen-Emissions-Tomographie)

- Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach Organbezirken/Apparaten

Szintigraphie (nuklearmedizinisches In-vivo-Verfahren)

- Szintigraphie jeglicher Organe oder Apparate (einschließlich Myokardszintigraphie)
- In-vivo-Nuklearmedizin
- Myokard-SPECT (Tomoszintigraphie)
- Ganzkörperzintigraphie mit markierten autologen Zellen

Instrumentelle Diagnostik

- Perimetrie (Vermessung des Gesichtsfeldes)
- Langzeit-EKG (Elektrokardiogramm) mit analogen Geräten (Holter-EKG)
- Elektroenzephalogramm
- Schlafentzugs-EEG (Elektroenzephalogramm)
- Langzeit- EEG (Elektroenzephalogramm) über 24 Stunden
- Elektromyographie (EMG)
- Elektroretinogramm
- Kontinuierliche Blutdrucküberwachung (24-Stunden-Blutdruckmessung)
- pH-Metrie Speiseröhre und Magen
- Evozierte Potentiale
- Spirometrie (Lungenfunktionstest)
- Hornhaut-Tomographie zur Vermessung der Hornhaut des Auges

Biopsien

- Alle

Diagnostische und operative Endoskopien

- Diagnostische endoskopische retrograde Cholezystopankreatikographie (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 Aktivierung des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss die Verdachtsdiagnose oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Sanedil Fonds die für das Mitglied erbrachten Leistungen über UniSalute direkt an die Einrichtung, während das Mitglied für jede diagnostische Untersuchung oder jeden Therapiezyklus eine Selbstbeteiligung von **45,00 €** an die vertragsgebundene Einrichtung zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung zu entrichten hat. Das Mitglied muss der Gesundheitseinrichtung die Verordnung des behandelnden Arztes vorlegen, in der die Erkrankung oder die Verdachtsdiagnose angegeben ist.

Die Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder nicht vertragsgebundenem Gesundheitspersonal ist nur dann zulässig, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einer Provinz hat, in der keine vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen vorhanden sind. Bei Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen werden die getragenen Kosten bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von 45,00 € pro diagnostischer Untersuchung oder pro Therapiezyklus erstattet.

Um die Kostenerstattung 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 oder die Verdachtsdiagnose angegeben ist.

Bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **20,00 €** pro Leistung/Therapiezyklus.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **3.000,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.
Für „Diagnostische und operative Endoskopien“ ist ein jährlicher Höchstbetrag von **300,00 €** pro Mitglied vorgesehen.



FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

Versicherungsschutz für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen

Der Sanedil Fonds übernimmt über UniSalute 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 nur eine psychiatrische Erstuntersuchung, um das Vorliegen einer eventuellen Erkrankung abzuklären.

Zur Aktivierung des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss die Verdachtsdiagnose 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.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds werden die für das Mitglied erbrachten Leistungen vom Sanedil Fonds über UniSalute bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **35,00 €** pro fachärztlicher Untersuchung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlt.

Die Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder nicht vertragsgebundenem Gesundheitspersonal ist nur dann gestattet, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einer Provinz hat, in der keine vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen vorhanden sind.

Bei Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder nicht vertragsgebundenem Gesundheitspersonal werden die getragenen Kosten bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **35,00 €** pro fachärztlicher Untersuchung erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, er-

stattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **20,00 €** pro fachärztlicher Untersuchung.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **450,00 €** pro Familie zur Verfügung.



GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND ERST-/ NOTFALLVERSORGUNGEN

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Der Fonds erstattet die Gesundheitstickets zu Lasten des Mitglieds bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von 20,00 € pro Ticket für Leistungen infolge Krankheit oder Unfall in Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes, und zwar

- für diagnostische Untersuchungen (die nicht unter Punkt 4 „Hochspezialisierte Leistungen“ fallen) und
- für Erst- und Notversorgungen.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **300,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Für die Gesamtheit der unter den Punkten „Rehabilitative Physiotherapie infolge Unfall“ und „Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Krankheit“ angegebenen Leistungen stehen pro Mitglied **150,00 €** zur Verfügung.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds werden die für das Mitglied erbrachten Leistungen bis auf einen nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **35,00 €** pro Therapiezyklus vom Sanedil Fonds über UniSalute direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlt.

Die Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder Gesundheitspersonal ist nur dann zulässig, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einer Provinz hat, in der keine vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen vorhanden sind. **Bei Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder nicht vertragsgebundenem Gesundheitspersonal** werden die getragenen Kosten bis zu einem nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von **35,00 €** pro Therapiezyklus erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets **bis zu einem nicht erstattungsfähigen Mindestbetrag von 20,00 € pro Therapiezyklus**.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH UNFALL

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 von Abschnitt „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen nach

einem Unfall ausschließlich zu rehabilitativen Zwecken, wenn eine Bescheinigung der Notaufnahme und eine Verschreibung durch den „Hausarzt“ oder einen Facharzt mit Spezialisierung auf dem der Erkrankung entsprechendem Gebiet vorgelegt werden und die Behandlungen von einem Arzt oder Gesundheitsdienstleister mit entsprechender Berufsbefähigung ausgeführt wurden, dessen Qualifikation im Kostenbeleg ausgewiesen sein muss. Vom Versicherungsschutz sind ferner Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Wellness- und Gesundheitshotels oder in Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch dann, wenn diese an eine Klinik angeschlossen sind.



REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH KRANKHEITEN, DIE ZU VORÜBERGEHENDER EINSCHRÄNKUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT FÜHREN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 von Abschnitt „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen infolge einer vorübergehend die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Krankheit laut untenstehender Auflistung ausschließlich zu rehabilitativen Zwecken, wenn eine Bescheinigung der Notaufnahme und eine Verschreibung durch den „Hausarzt“ oder einen Facharzt mit Spezialisierung auf dem der Erkrankung entsprechendem Gebiet vorgelegt werden und die Behandlungen von einem Arzt oder Gesundheitsdienstleister mit entsprechender Berufsbefähigung ausgeführt wurden, dessen Qualifikation im Kostenbeleg ausgewiesen sein muss.

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

Auflistung der Krankheiten, für die dieser Versicherungsschutz vorgesehen ist:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die zu einer vorübergehend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führen
- Neurologische Erkrankungen, die zu einer vorübergehend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führen
- Vorübergehender Einsatz von Prothesen/Orthesen für Gliedmaßen
- Pathologische Frakturen höheren Grades, die zu einer vorübergehend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führen



SPEZIELLE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN Versicherungsschutz für das Mitglied und die mitversicherten Familienmitglieder

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Abschnitts „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten für das spezielle zahnärztliche „Leistungspaket“, das **einmal jährlich für alle mitversicherten Familienmitglieder** in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds nach Voranmeldung in Anspruch genommen werden kann. Die unten angeführten Leistungen dieses „Pakets“ dienen der Überwachung eventueller, obgleich diagnostisch noch nicht gesicherter Krankheitszustände, die bei Patienten mit einem familiären Risiko besonders angebracht sind.

Zahnsteinentfernung, gegebenenfalls mit Kontrolluntersuchung der Zähne,

mittels Ultraschall oder im Bedarfsfall mittels einer anderen Mundhygiene-Behandlung.

Sollte der Arzt aufgrund des besonderen klinischen und/oder Krankheitszustands des Mitglieds in Übereinstimmung mit dem Fonds eine zweite Behandlung zur Zahnsteinentfernung im Laufe desselben Beitragsjahrs für notwendig erachten, übernimmt der Sanedil Fonds über UniSalute auch die Kosten dieser zweiten Behandlung auf die im Folgenden angegebene Art und Weise, wie bereits im Falle der vorherigen Leistung. Bei Inanspruchnahme einer mit UniSalute für den Fonds vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung muss UniSalute vorab über die zweite Behandlung informiert werden.

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

Bei Inanspruchnahme vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Sanedil Fonds über UniSalute die für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtung, wobei eine Selbstbeteiligung in Höhe von **40 %** berechnet wird. Den entsprechenden Betrag hat das Mitglied bei Erhalt der Rechnung an die Gesundheitseinrichtung zu entrichten.

IMPLANTOLOGIE



Versicherungsschutz für das Mitglied und seine/seinen steuerlich zu Lasten lebenden Ehegattin/Ehegatten laut Familienstandsbescheinigung

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Abschnitts „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Bezahlung der unten angegebenen Leistungen.

Für die Deckung von Leistungen der Implantologie stehen aufgeteilt auf Mitglied und steuerlich zu Lasten lebende/n Ehegattin/Ehegatten jährlich **1.680,00 €** zur Verfügung.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt Sanedil Fonds über UniSalute die für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

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

Bitte beachten Sie:

- Für die Auszahlung müssen die Röntgenbilder und Röntgenberichte, die vor und nach der Versorgung mit den Implantaten angefertigt wurden, eingereicht werden.



VERSORGUNG MIT 3 ODER MEHR IMPLANTATEN

Der Versicherungsschutz gilt für 3 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 der 3 oder mehr Implantate.

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



VERSORGUNG MIT 2 IMPLANTATEN

Für die Versorgung mit 2 Implantaten im Rahmen desselben Behandlungsplans ist ein jährliches Kostensublimit von **1.050,00 €** vorgesehen.

Unter den Versicherungsschutz fallen das Positionieren des Implantat-Aufbaus, das endgültige Element, das provisorische Element und die Schraube oder der Stift der 2 Implantate.

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

- › Wenn sich nach Aktivierung des unter Punkt „Versorgung mit 1 Implantat“ vorgesehenen Versicherungsschutzes im gleichen Beitragsjahr die Notwendigkeit eines zweiten Implantats ergibt, wird dieses im Rahmen des von diesem Versicherungsschutz vorgesehenen Sublimits von **1.050,00 €**, abzüglich des bereits genehmigten und bezahlten Betrags, übernommen.



VERSORGUNG MIT 1 IMPLANTAT

Wenn der Behandlungsplan die Versorgung mit einem Implantat vorsieht, beträgt das jährliche Kostensublimit **525,00 €**.

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

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



EXTRAKTION VON MAXIMAL 4 ZÄHNEN

Versicherungsschutz gültig für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen

Der Versicherungsschutz gilt für maximal 4 Zähne pro Jahr.

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

- › Wenn die Gesamtzahl der im Behandlungsplan vorgesehenen Leistungen die oben genannte Anzahl übersteigt, muss das Mitglied den entsprechenden Betrag selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.



KIEFERORTHOPÄDIE

Versicherungsschutz für steuerlich zu Lasten lebende minderjährige Kinder

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

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Sanedil Fonds über UniSalute die für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, wobei ein nicht gedeckter Anteil in Höhe von 40 % berechnet wird, dessen Betrag das Mitglied bei Erhalt der Rechnung an die Gesundheitseinrichtung zu zahlen hat.

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

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **1.200,00 €** pro Familie zur Verfügung.

LEISTUNGEN DER ZAHNÄRZTLICHEN CHIRURGIE OHNE STATIONÄRE AUFNAHME



Versicherungsschutz für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen

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

- Adamantinome
- Zahnabszess bei wurzelbehandelten Zähnen
- Follikuläre Zysten
- Radikuläre Zysten (Zahnwurzelzysten)
- Odontome
- Entfernen eines dislozierten Implantats aus der Kieferknochentasche

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

Zur Kostenerstattung ist die Vorlage folgender medizinischer Unterlagen erforderlich:

- Von einem Facharzt für Röntgendiagnostik angefertigte Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde im Fall von dislozierten Implantaten in der Kieferknochentasche oder im Fall von Zahnabszessen bei wurzelbehandelten Zähnen
- Von einem Facharzt für Röntgendiagnostik angefertigte Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde und von einem Facharzt für pathologische Anatomie erstellte histologische Befunde im Fall von follikulären Zysten, Zahnwurzelzysten, Adamantinomen und Odontomen

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **2.000,00 €** pro Familie zur Verfügung.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Fonds über UniSalute die Kosten der für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets, ohne einem nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.



ZAHNERHALTENDE BEHANDLUNGEN

Versicherungsschutz für das Mitglied und seine mitversicherten Familienmitglieder

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Abschnitts „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten für zahnerhaltende Behandlungen.

Bei Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Fonds die Kosten der für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, wobei ein ungedeckter Anteil in Höhe von 40 % berechnet wird, dessen Betrag das Mitglied bei Erhalt der Rechnung an die Gesundheitseinrichtung zu bezahlen hat.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets in vollem Umfang.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **120,00 €** pro Familie zur Verfügung.



BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Der Fonds übernimmt einmal pro Jahr die untenstehenden Leistungen, wenn diese von **vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds** erbracht werden.

Diese Leistungen dienen der Überwachung eventueller, wenngleich diagnostisch noch nicht gesicherter Krankheitszustände, die bei Patienten mit familiärem Risiko besonders angebracht sind.

Diese Leistungen sind in einer einmaligen Untersuchung durchzuführen.

Grundpaket für Frauen und Männer 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



ORTHOPÄDISCHE PROTHESEN UND HÖRGERÄTE

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Der Fonds erstattet die Kosten für den Kauf von orthopädischen Prothesen und Hörgeräten. In diesem Fall ist die entsprechende ärztliche Verordnung mit Begründung vorzulegen.

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

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **300,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.



KORREKTURLINSEN

Versicherungsschutz für das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen

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

Der Fonds erstattet die getragenen Kosten bis auf einen nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrag von **50,00 €** pro Rechnung/Person.

Zur Aktivierung des Versicherungsschutzes ist das Attest eines Augenarztes des Nationalen Gesundheitsdienstes oder eines privaten Augenarztes über die Veränderung der Sehschärfe oder alternativ das Attest eines Optometristen, dessen Qualifikation aus den Unterlagen hervorgeht, erforderlich.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **50,00 €** pro Familie zur Verfügung.



HOCHGRADIGE EINSCHRÄNKUNG DER HOCHGRADE LEISTUNGSFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERINVALIDITÄT INFOLGE ARBEITSUNFALL ODER SCHWERER ERKRANKUNGEN

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Der Fonds erstattet Gesundheitskosten und/oder Kosten für Betreuungsleistungen in Bezug auf hochgradig eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die zu einer Dauerinvalidität von mehr als 50 % (I.N.A.I.L.-Tabelle) führt und durch einen Unfall (am Arbeitsplatz) oder eine der folgenden schweren Erkrankungen verursacht wird:

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Lähmungen
- Transplantationen von Herz, Leber, Lunge, Niere, Rückenmark oder Bauchspeicheldrüse
- Cystische Fibrose
- Arteria-vertebralis-Syndrom (Durchblutungsstörung der Arteria vertebralis)

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nur dann wirksam ist, wenn

- **der Arbeitsunfall durch ein Attest der Notaufnahme bescheinigt wird und sich im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplans ereignet hat;**
- **die aufgelisteten schweren Erkrankungen erstmals im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplans aufgetreten sind.**

Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Berechnung des Grades der dauerhaften Invalidität nur die direkten Folgen des Unfalls und nicht etwaige zusätzliche Beeinträchtigungen durch Begleiterkrankungen berücksichtigt werden.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich
4.200,00 € pro Mitglied zur Verfügung.

Dieser Kostenhöchstbetrag kann im Lauf der ersten drei Jahre dieses Gesundheitsplans in Anspruch genommen werden.



GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE

Versicherungsschutz nur für das Mitglied

UniSalute bietet Mitgliedern über 40 Jahren über den Fonds einen Service zur Überwachung der klinischen Werte bei folgenden chronischen Erkrankungen: chronische Atemwegserkrankungen (chronische obstruktive Lungenerkrankung, COPD), Bluthochdruck und Diabetes.

UniSalute stellt über den Fonds ein hochtechnologisches System zur Verfügung, das die Messung der klinischen Parameter zu Hause ermöglicht.

Nach Ausfüllen eines entsprechenden Fragebogens wird dem Patienten/der Patientin kostenlos ein medizinisches Gerät ausgehändigt, mit dem die Messungen zu Hause durchgeführt werden können.

Die gemessenen Werte der Patienten werden von einer Servicezentrale ständig überwacht. Diese ist mit einsatzbereiten Pflegefachkräften besetzt, die eingreifen, wenn ein klinischer Alarm eingeht, und gleichzeitig Coaching- und Schulungsaufgaben zur Unterstützung des Patienten-Empowerments übernehmen.

Der Vorteil für die Patienten besteht in einem verbesserten Umgang mit ihrer Erkran-

kung, das sie zu einer genaueren Einhaltung ihres Behandlungsplans und mehr Aufmerksamkeit in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand angehalten werden.



FACHÄRZTLICHE UND DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN BEI CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Für Mitglieder, die am Programm für das Monitoring chronischer Erkrankungen teilnehmen, übernimmt der Fonds die Kosten für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen in Bezug auf ihre chronischen Erkrankungen unter nachstehenden Bedingungen.

Zur Aktivierung des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung mit der diagnostischen Fragestellung oder Erkrankung erforderlich, die diese Leistung nötig gemacht hat.

Bei Inanspruchnahme vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Fonds die Kosten der für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied seinen Wohnsitz in einer Provinz hat, in der keine vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute zur Verfügung stehen, kann sich das Mitglied an nicht vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder an nicht vertragsgebundenes Gesundheitspersonal wenden, und die getragenen Kosten werden vollständig erstattet, ohne dass eine Selbstbeteiligung anfällt.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets in vollem Umfang.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **300,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.



MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT Versicherungsschutz nur für das Mitglied

Der Fonds übernimmt die Bezahlung folgender Kontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft:

- Maximal 2 Ultraschalluntersuchungen.

Bei Inanspruchnahme vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und vertragsgebundenem Gesundheitspersonal des Netzwerks von UniSalute für den Sanedil Fonds bezahlt der Fonds die für das Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Gesundheitseinrichtung, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Mitglied getragenen Gesundheitstickets in vollem Umfang.



BEREICH COVID-19

Versicherungsschutz nur für das Mitglied



TAGEGELD FÜR STATIONÄREN AUFENTHALT BEI POSITIVEM CORONAVIRUS-TEST (COVID-19)

Der Fonds verpflichtet sich, für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts infolge eines Krankheitsfalls, der sich während der Wirksamkeit des Gesundheitsplans ereignet hat und bei dem der Patient/die Patientin positiv auf COVID-19 (Coronavirus) getestet wurde, ein Tagesgeld von 40,00 € für maximal 30 Tage im Laufe der Mitgliedschaft eines Mitglieds zu zahlen.

Dabei werden der Aufnahmetag und der Entlassungstag als ein einziger Tag gewertet.



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

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und nur wenn während des Krankenhausaufenthalts eine Intensivtherapie mit Beatmung des Mitglieds nötig war, wird ein Genesungstagegeld von insgesamt **40,00 €** über maximal **30 Tage** bezahlt.

DIE VOR- UND NACHSTATIONÄREN TAGESGELDER SIND NICHT KUMULIERBAR.



LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN UNISALUTE-TARIFEN Versicherungsschutz für alle mitversicherten Familienangehörigen

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 unter dem nicht-entschädigungsfähigen Mindestbetrag liegen und daher vollständig zu Lasten des Mitglieds gehen, kann bei der **Servicezentrale** trotzdem die Buchung der betreffenden Leistung und die Übermittlung eines Fax an die gewählte vertragsgebundene Einrichtung veranlasst werden, um von den Sondertarifen für UniSalute-Mitglieder profitieren zu können, die eine Ersparnis gegenüber den normalerweise üblichen Tarifen ermöglichen.



LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE

Der Gesundheitsplan umfasst nicht alle Ereignisse, die dem vorgesehenen Typ des Versicherungsschutzes zurechenbar sind; im vorliegenden Fall sind nicht alle getragenen Kosten für garantierte Gesundheitsleistungen durch den Gesundheitsplan abgedeckt.

Vom Versicherungsschutz des Gesundheitsplans sind ausgenommen:

1. Behandlungen und/oder Eingriffe zur Beseitigung oder Korrektur körperlicher Mängel* oder Fehlbildungen**, die vor Abschluss des Gesundheitsplans bestanden, mit Ausnahme der Angaben unter „Neugeborene und Kleinkinder“;
2. Behandlungen von psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen allgemein, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen;
3. Zahnprothesen, Parodontosebehandlungen, 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. Stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern und Tageskliniken zwecks kurativer Behandlungen (einschließlich physikalischer Behandlungen oder Verabreichung von Medikamenten) oder diagnostischer Untersuchungen, die aufgrund ihrer technischen Anforderungen auch ambulant durchgeführt 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 Kriegsereignissen, Aufständen, Erdbeben und Vulkanausbrüchen sowie Wetterereignissen;
17. Von der Schulmedizin nicht anerkannte Leistungen sowie Behandlungen mit Prüfmedikamenten und Biopharmazeutika;
18. Alle medizinischen Behandlungen, einschließlich intravitrealer Injektionen;
19. Direkte und indirekte Folgen von Pandemien.

Begrenzt auf die unter den Punkten zum Versicherungsschutz von Zahnbehandlungen

gen genannten Leistungen ist der Gesundheitsplan nicht wirksam für:

- ästhetischen Zahnersatz;

- Behandlungen aufgrund von Folgen psychiatrischer Erkrankungen.

Begrenzt auf die unter Punkt „Hochgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen Dauerinvalidität infolge Arbeitsunfall oder schwerer Krankheiten“ genannten Leistungen ist der Gesundheitsplan neben den oben genannten Ausschlüssen auch in folgenden Fällen nicht wirksam:

- Dauerinvalidität aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, psychischer Störungen und Verhaltensstörungen allgemein, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen, Psychosen, Depressionen und deren Folgen;

- Frühere Unfälle und Erkrankungen, die vor Wirksamkeit des Gesundheitsplans 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 zum vollendeten 70. Lebensjahr des Mitglieds abgeschlossen oder verlängert werden; er endet automatisch bei der 1. Jährlichen Fälligkeit des Gesundheitsplans, nachdem das Mitglied das 71. Lebensjahr vollendet hat.



HANDHABUNG DER KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)

A) Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen des Netzwerks 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 Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen, Krankenakten usw.) beizufügen. Der Fonds ist nach eigenem unanfechtbarem 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.



BITTE BEACHTEN!

Erstattungsanträge müssen innerhalb von zwei Jahren nach dem Rechnungsdatum oder dem Datum des für die genutzte Leistung ausgestellten Kostenbelegs eingereicht werden. In Bezug auf Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme beginnt diese Frist ab dem 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 Erstattung der Kosten muss durch eine Bescheinigung des histologischen oder zytologischen Befunds mittels bioptischer Diagnostik belegt sein. Natürlich sind auch Operationen mit nachgewiesener Malignitätsdiagnose nach dem Eingriff zulässig.

NEUROCHIRURGIE

- Neurochirurgische Eingriffe, mittels Kraniotomie oder transoral
- Eingriffe der Kranioplastik
- Transsphenoidale 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 Thyreoidektomie

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 Krampfadern der Vena saphena magna)

CHIRURGIE DES VERDAUUNGSTRAKTS

- Bariatrische Chirurgie durch Schlauchgastrektomie bei BMI über 40 kg/m²
- Resektion (totale oder partielle) der Speiseröhre
- Eingriffe mit Ösophagoplastik
- Eingriff bei Megaösophagus
- Eingriff bei gastrojejunokolischer 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
- Operation von Leisten- und Schenkelhernien (unter Ausschluss aller anderen Hernien der Bauchdecke)
- Eingriffe bei Echinokokkosen der Leber
- Leberresektion
- Magenresektion wegen medikamentös nicht behandelbarer Geschwüre
- Erneute Eingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege
- Chirurgische Eingriffe bei portaler Hypertension
- Eingriffe bei akuter oder chronischer Pankreatitis durch Laparotomie
- Eingriffe bei Zysten, Pseudozysten oder Fisteln des Pankreas durch Laparotomie

UROLOGIE

- Adrenalektomie
- 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 bei schnellendem Finger

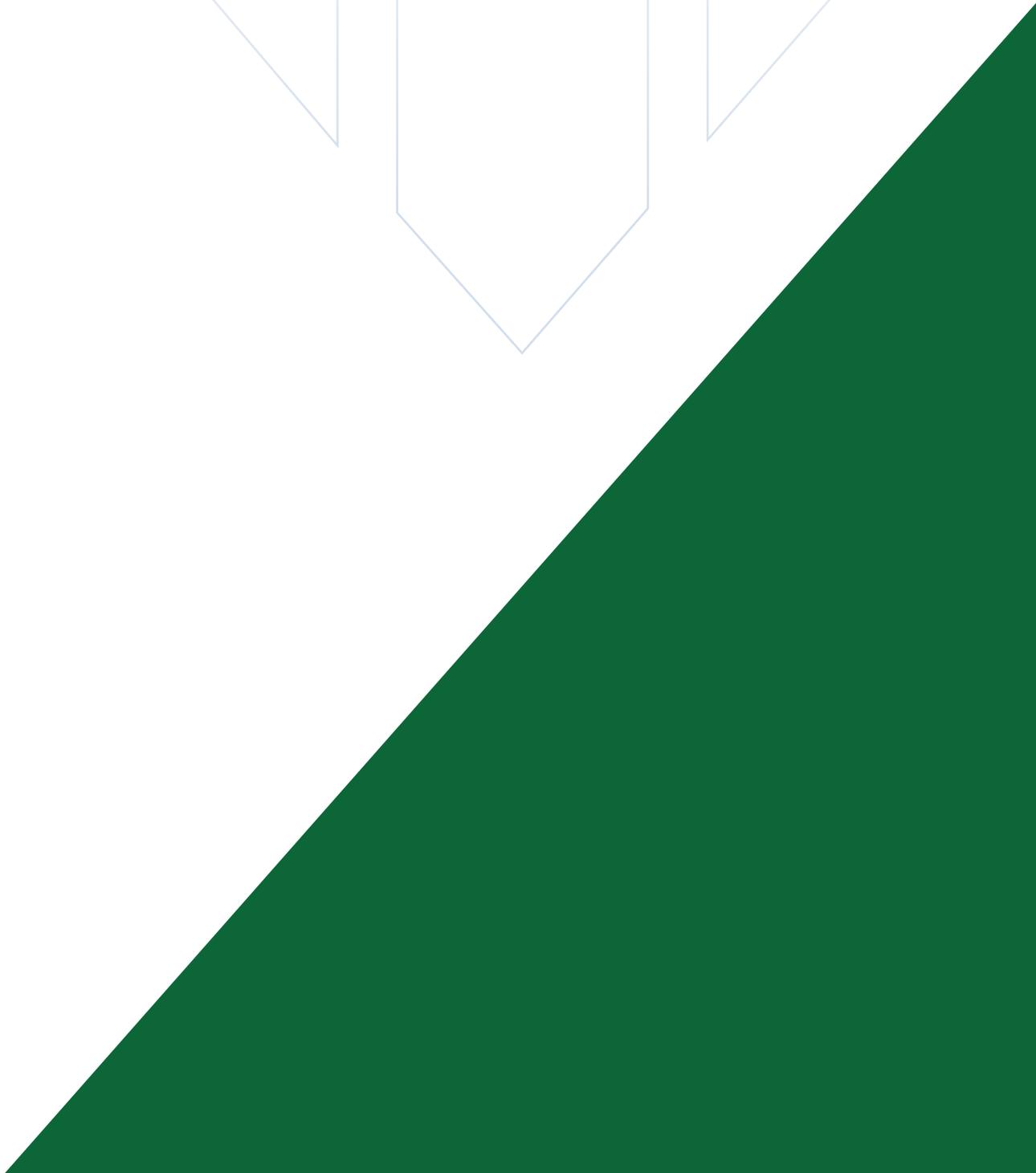
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

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

ORGANTRANSPLANTATIONEN

- Alle







SANEDIL FONDS

Gesundheitsfonds für Bauarbeiter

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT