

LEISTUNGSORDNUNG

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS - SEKTOR HANDWERK 2026

Gültig vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026

Inhalt

ABSCHNITT 1 - Leistungen für die Eingeschriebenen und ihre Familiengemeinschaft, die ausschließlich aus den steuerlich zu Lasten lebenden Ehegatten und/oder minderjährigen Kindern im Alter von 0 bis 12 Monaten besteht, für die die Eingeschriebenen keinen Beitrag zu entrichten haben	5
ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN	5
A. BEREICH KRANKENHAUSAUFENTHALT: AUFENTHALTSENTSCHÄDIGUNG, ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT	6
A.1 Krankenhausaufenthalt	6
A.2 Nach dem Krankenhausaufenthalt	6
B. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SSP)	7
C. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH	8
C.1 Private Facharztuntersuchungen außerhalb des Krankenhausaufenthaltes	8
C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich	9
C.3 Radiologische Leistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen	10
C.3.1 Radiologische Leistungen	10
C.3.2 Laborleistungen	10
C.3.3 Therapeutische Leistungen	11
C.4 Physiotherapie, ambulatorische Rehabilitation	12
C.5 Augenheilkunde	15
C.5.1 Gläser für Brillen	15
C.5.2 Kontaktlinsen	16
C.5.3 Refraktive Chirurgie	16
C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich	17
C.6.1 Vorbeugende zahnärztliche Leistungen	17
C.6.2 Zahnchirurgische Leistungen	18
C.6.3 Prothetik	18
C.6.4 Kieferorthopädie	20
D. MEDIZINISCHE VORRICHTUNGEN UND GERÄTE	21
D.7 Orthopädische Hilfsmittel und Prothesen und Hörgeräte	21
E. GESUNDHEITSSCHUTZ	22
E.8 Geschlechtsspezifischer Gesundheitsschutz	22
E.8.1 Präventionspaket für gynäkologische Leistungen: Leistungen im Privatbereich (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	22
E.8.2 Brustkrebs-Präventionspaket für Frauen in der Altersgruppe 40-50 Jahre: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	23

E.8.3 Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane ab dem 40. und bis zum 75. Lebensjahr: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	23
E.8.4 Andrologische Pathologien: spezifische Leistungen (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden) . .	24
E.8.5 Mutterschaftspaket: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	24
E.8.6 Hautkrebsvorsorge- und -behandlungspaket für Eingeschriebene zwischen 35 und 65 Jahren sowie Behandlung von Schuppenflechte und atopischer Dermatitis	25
Ausschlüsse für Abschnitt 1 der vorliegenden Leistungsordnung	26
ABSCHNITT 2 – Leistungen für die Familiengemeinschaft des Eingeschriebenen im Falle von freiwilliger Einschreibung durch den Eingeschriebenen und Beitragszahlung zu seinen Lasten	28
ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN	28
A. BEREICH KRANKENHAUSAUFENTHALT: AUFENTHALTSENTSCHÄDIGUNG, ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT	29
A.1 Krankenhausaufenthalt	29
A.2 Nach dem Krankenhausaufenthalt	29
B. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SSP)	30
C. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH	31
C.1 Private Facharztuntersuchungen außerhalb des Krankenhausaufenthaltes	31
C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich	32
C.3 Radiologische Leistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen,	33
C.3.1 Radiologische Leistungen	33
C.3.2 Laborleistungen	34
C.3.3 Therapeutische Leistungen	34
C.4 Physiotherapie, ambulatorische Rehabilitation	35
C.5 Augenheilkunde	38
C.5.1 Gläser für Brillen	38
C.5.2 Kontaktlinsen	39
C.5.3 Refraktive Chirurgie	39
C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich	40
C.6.1 Vorbeugende zahnärztliche Leistungen	40
C.6.2 Zahnchirurgische Leistungen	41
C.6.3 Prothetik	42
D. MEDIZINISCHE VORRICHTUNGEN UND GERÄTE	43
D.7 Orthopädische Hilfsmittel und Prothesen und Hörgeräte	43
E. GESUNDHEITSSCHUTZ	44
E.8 Geschlechtsspezifischer Gesundheitsschutz	44

E.8.1 Präventionspaket für gynäkologische Leistungen: Leistungen im Privatbereich (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	44
E.8.2 Brustkrebs-Präventionspaket für Frauen in der Altersgruppe 40-50 Jahre: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	45
E.8.3 Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane ab dem 40. und bis zum 75. Lebensjahr: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden).	45
E.8.4 Andrologische Pathologien: spezifische Leistungen (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden) . .	46
E.8.5 Mutterschaftspaket: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)	47
E.8.6 Hautkrebsvorsorge- und -behandlungspaket für Eingeschriebene zwischen 35 und 65 Jahren sowie Behandlung von Schuppenflechte und atopischer Dermatitis	47
Ausschlüsse für Abschnitt 2 der vorliegenden Leistungsordnung	48
ABSCHNITT 3 - ALLGEMEINE REGELN FÜR ANTRÄGE UM ERSTATTUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN	50
ABSCHNITT 4 - WIE MAN LEISTUNGEN BEANTRAGT	50



ABSCHNITT 1 - Leistungen für die Eingeschriebenen und ihre Familiengemeinschaft, die ausschließlich aus den steuerlich zu Lasten lebenden Ehegatten und/oder minderjährigen Kindern im Alter von 0 bis 12 Monaten besteht, für die die Eingeschriebenen keinen Beitrag zu entrichten haben

Der Abschnitt 1 des vorliegenden Dokuments bezieht sich auf Zusatzleistungen, die den nationalen Gesundheitsdienst bzw. den Gesundheitsdienst der Provinz ergänzen, vervollständigen und/oder („Leistungen“), die direkt von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS durch die Erstattung der Gesundheitskosten zugunsten der folgenden Leistungsberechtigten erbracht werden („Leistungsberechtigte“):

- a) die von den Fondsmitgliedern eingeschriebenen Arbeitnehmer („Eingeschriebene“);
- b) Arbeitnehmer der Fondsmitglieder, die sich freiwillig einschreiben („Eingeschriebene“);
- c) Arbeitnehmer, die von den Mitgliedern eingeschrieben werden („Eingeschriebene“);
- d) Inhaber von eingeschriebenen Einzelunternehmen; die im eingeschriebenen Familienunternehmen mitarbeitenden Familienmitglieder (deren Status durch eine notarielle Urkunde geregelt ist); Gesellschafter (natürliche Personen), die in dem eingeschriebenen Unternehmen tätig sind („Eingeschriebene“);
- e) die freiwilligen Fortführer („Eingeschriebene“);
- f) die **zu Lasten lebenden Ehepartner und die minderjährigen Kinder des Eingeschriebenen im Alter von 0 bis 12 Monaten („Familiengemeinschaft zu Lasten des Eingeschriebenen“)**, sofern sie vom Eingeschriebenen eingetragen sind.

Für die Leistungen, die für den Eingeschriebenen und seine Familiengemeinschaft erbracht werden, **gilt ein einziger Höchstbetrag für die gesamte Familiengemeinschaft, einschließlich des Eingeschriebenen.**

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die in der Leistungsordnung angeführten Leistungen auf der Grundlage des Datums der Rechnung/Quittung.

Um eine Rückerstattung zu erhalten, ist es notwendig, dass der Eingeschriebene am Datum der Rechnung/Ausgabenbelegs sowie am Tag der Leistungserbringung im Fonds eingeschrieben ist und der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

Die Rechnung/der Ausgabenbeleg muss zum Zeitpunkt des Antrags vollständig bezahlt sein, auch im Falle einer Ratenzahlung

Leistungen, die vor dem 01.01.2024 erbracht wurden, werden nicht erstattet, auch wenn die Rechnung/Quittung nach dem 01.01.2025 ausgestellt ist.



A. BEREICH KRANKENHAUSAUFENTHALT: AUFENTHALTSENTSCHÄDIGUNG, ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

A.1 Krankenhausaufenthalt

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht ein Tagegeld für Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vor, vorbehaltlich der am Ende dieses Abschnitts aufgeführten Ausschlussgründe und unter der Voraussetzung, dass der Krankenhausaufenthalt während der Geltungsdauer dieser Leistungsordnung und bei gültiger Einschreibung im Fonds erfolgt. Inbegriffen sind eventuelle Krankenhausaufenthalte aufgrund postakuter Betreuung (Rehabilitation - Langzeitpflege), Plätze für Kurzzeit- und Übergangspflege sowie Aufenthalte für die Betreuungskontinuität (CAVS).

Das Tagegeld gibt keinen Anspruch auf Erstattung der während des Krankenhausaufenthalts getätigten Ausgaben des Leistungsberechtigten. Die Gebühr für den Krankenhausaufenthalt und die Kosten für die Begleitperson sind daher ausgeschlossen.

Das Tagegeld wird bei einem Krankenhausaufenthalt sowohl in privaten Einrichtungen als auch in öffentlichen Einrichtungen anerkannt und gezahlt.

Die Entschädigung beträgt 50,00 € für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts, beginnend mit dem 6. Tag des Krankenhausaufenthalts und für einen Zeitraum, der insgesamt 25 Tage des Krankenhausaufenthalts pro Kalenderjahr nicht überschreitet. Dieser Höchstbetrag ist als Gesamtbetrag für den Eingeschriebenen und seine Familiengemeinschaft zu verstehen.

Bei der Berechnung des Tagegeldes wird der letzte Tag des Krankenhausaufenthalts nicht berücksichtigt, unabhängig von der Uhrzeit der Entlassung.

A.2 Nach dem Krankenhausaufenthalt

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht eine Kostenerstattung für folgende Rehabilitationsbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt vor: Logopädie und Ergotherapie, sofern sie innerhalb von 120 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden und im Zusammenhang mit der Krankheit oder Verletzung stehen, die den Krankenhausaufenthalt verursacht hat.

Dies gilt für Leistungen, die sowohl vom staatlichen Gesundheitsdienst als auch von privaten Einrichtungen oder Angehörigen eines Gesundheitsberufes (einschließlich des freiberuflich tätigen Gesundheitspersonals innerhalb des Krankenhauses) erbracht werden.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung der Kosten nach einem Krankenhausaufenthalt beläuft sich auf insgesamt 400,00 € für den Eingeschriebenen und seine Familiengemeinschaft.

Unterlagen, die für die Beantragung des Tagegeldes und der Kostenerstattung nach einem Krankenhausaufenthalt einzureichen sind:

- Eintrag über die App

oder:

- vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)



- Kopie der Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Kopie des Entlassungsschreibens
- Ärztliche Verschreibung (falls nicht bereits in der Krankengeschichte angegeben) im Falle von Rehabilitationsbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt

B. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SSP)

Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht die Erstattung von Tickets vor, die der Eingeschriebene und/oder seine Familiengemeinschaft in dem Kalenderjahr trägt, in dem diese Leistungsordnung gültig ist und die Beitragszahlung ordnungsgemäß erfolgt ist. Dies gilt für alle ambulanten fachärztlichen Leistungen (einschließlich Day Service, Erste Hilfe, ambulatorischer Chirurgie, usw.), die von öffentlichen und/oder privaten vertragsgebundener Einrichtungen erbracht werden.

Es wird klargestellt, dass unter Untersuchungen oder Leistungen all jene zu verstehen sind, die im Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen des Landes oder der verschiedenen regionalen öffentlichen Einrichtungen vorgesehen sind.

Tickets für Leistungen, die unter die am Ende dieses Abschnitts angeführten Ausnahmen fallen, werden nicht erstattet.

Die Liste der in Südtirol vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen wird ständig aktualisiert und ist unter folgendem Link des Südtiroler Sanitätsbetriebs abrufbar:

<https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/private-akkreditierte-vertragsgebundene-gesundheitseinrichtungen.asp>.

Die von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS anerkannte Rückerstattung entspricht 100% der Gesamtausgaben für die in dem Kalenderjahr, in dem diese Leistungsordnung gültig ist, gezahlten Tickets, mit einer Selbstbeteiligung von 50,00 € zu Lasten sowohl des Eingeschriebenen als auch eines jeden Mitgliedes der Familiengemeinschaft.

Der jährliche Höchstbetrag, der dem Eingeschriebenen und seiner Familiengemeinschaft zur Verfügung steht, beträgt 1.000,00 €.

Einzureichende Unterlagen für den Antrag auf Erstattung von Gesundheitstickets:

- Eintrag über die App

oder:

- vollständig ausgefüllter Antrag auf Rückerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Tickets



- Quittung zum Nachweis der Bezahlung der Tickets. Eine Fotokopie des Rezepts oder der Promemoria bei entmaterialisierten Rezepten ist nicht erforderlich. Bei der Erstattung von Tickets für die Notaufnahme ist es nicht erforderlich, den Bericht der Notaufnahme beizufügen.

C. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH

C.1 Private Facharztuntersuchungen außerhalb des Krankenhausaufenthaltes

(einschließlich der von Ärzten auf freiberuflicher Basis in öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen), mit Ausnahme der psychologischen und psychiatrischen Leistungen

Leistungen, die von privaten Fachleuten oder Einrichtungen erbracht werden, die nicht dem nationalen bzw. dem Landesgesundheitsdienst angehören (einschließlich der freiberuflichen Tätigkeit innerhalb der öffentlichen Einrichtung, sogen. Intramoenia)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Facharztuntersuchungen nur, wenn die Facharztuntersuchung in der Leistungsordnung der ambulatorischen Facharztuntersuchungen der Autonomen Provinz Bozen enthalten ist, mit Ausnahme jener die unter die am Ende dieses Abschnitts angeführten Ausnahmen fallen.

Facharztuntersuchungen, die von Personen durchgeführt werden, die keinen Abschluss in Medizin und Chirurgie haben, sind immer ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Facharztvisiten, welche von Fachärzten erbracht werden, die nicht die erforderliche medizinische Spezialisierung für die erbrachte Fachleistung haben sowie Untersuchungen, welche von einem Allgemeinmediziner durchgeführt werden.

Um die Erstattung der Kosten für die fachärztliche Untersuchung zu beantragen, ist immer eine Verschreibung des Hausarztes erforderlich, die den diagnostischen Verdacht (die vermutete Pathologie) enthält, oder der Befund über die festgestellte Pathologie.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Facharztuntersuchungen bis zu 50 % des entstandenen Betrags, höchstens jedoch 50,00 € pro durchgeführter Untersuchung und für höchstens 5 Leistungen pro Familiengemeinschaft und Kalenderjahr.

Für den Antrag auf Erstattung der Kosten für Facharztuntersuchungen sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose



C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich

(einschließlich Leistungen, die vom Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf freiberuflicher Basis erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die folgenden ambulanten chirurgischen Leistungen:

- Eingriff am Hammerfinger, Schnappfinger
- Eingriff bei Karpaltunnelsyndrom
- Arthroskopie des Knies
- Schleimbeutelentfernung mit Weichteilkorrektur und Umstellungsosteotomie bei Hallux valgus
- Kataraktchirurgie mit und ohne Implantation einer Intraokularlinse
- Reparatur von Leisten- und/oder Nabelbrüchen

Unter ambulanter Chirurgie versteht man einen alternativen Betreuungsrahmen zum Tagesaufenthalt, in dem chirurgische Eingriffe sowie diagnostische und/oder invasive und halb-invasive therapeutische Verfahren unter Einsatz von Anästhesietechniken durchgeführt werden, die keinen Krankenhausaufenthalt, sondern eventuell nur eine kurze Beobachtungszeit nach dem Eingriff erfordern, nach deren Ablauf der Patient, gegebenenfalls in Begleitung, nach Hause zurückkehren kann.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die oben genannten ambulanten chirurgischen Leistungen, mit einer Selbstbeteiligung des Eingeschriebenen und seiner Familiengemeinschaft (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) von 250,00 €.

Der jährliche Höchstbetrag für den Eingeschriebenen und die Familiengemeinschaft beträgt 800,00 €. Während des Kalenderjahres, in dem die Leistungsordnung in Kraft ist, kann nur eine ambulante chirurgische Leistung in Anspruch genommen werden.

Unterlagen zur Beantragung der Erstattung von Krankheitskosten für ambulante chirurgische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über entstandene Kosten, aus denen die Zahlung hervorgeht. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung oder ärztlicher Bericht mit Angabe der festgestellten Pathologie/ Diagnose
- Ärztlicher Bericht mit Angabe der Art der Pathologie und der erbrachten Leistungen mit histologischem Bericht (falls durchgeführt)



C.3 Radiologische Leistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen,

die von Privaten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes erbracht werden (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

C.3.1 Radiologische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für radiologische Leistungen, die unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt durch freiberuflich tätige Fachkräfte oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis erbracht werden und im geltenden Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen der Autonomen Provinz Bozen (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-facharztliche-leistungen>) angegeben sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für radiologische Leistungen bis zu 60% des auf der jeweiligen Rechnung/Quittung ausgewiesenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 € pro Leistung.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für radiologische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose

C.3.2 Laborleistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Laborleistungen, die unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt erbracht werden und im geltenden Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen der Autonomen Provinz Bozen (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-facharztliche-leistungen>) angegeben sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Rechnungen oder Quittungen, die von freiberuflich tätigen Fachkräften oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis ausgestellt werden.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Laborleistungen bis zu 60% des in der jeweiligen Rechnung/Quittung für diese Leistungen ausgewiesenen Betrags.



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Laborleistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose

C.3.3 Therapeutische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die folgenden therapeutischen Leistungen:

- Schmerztherapie, und zwar: einmalige intraartikuläre Infiltration mit Lokalanästhetikum oder Kortikosteroid, periartikuläre oder peritendinöse Infiltration, periphere Nerveninfiltration oder trunkuläre Infiltration, epidurale Infiltration (zervikal, thorakal, lumbal, sakral), Therapie mit selektiver Nervenblockade, Therapie mit gepulster Radiofrequenz oder perkutaner Thermoläsion, Therapie mit Botulinumtoxin bei chronischen muskulären oder neuropathischen Schmerzen, intravenöse Infusionstherapie bei chronischen Schmerzen, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation), Magnetfeldtherapie zu analgetischem Zweck, analgetische Lasertherapie, Tecartherapie zur Behandlung chronischer Schmerzen, Iontophorese mit analgetischen Medikamenten, Mesotherapie
- Komplementärmedizinische Leistungen, und zwar: ärztliches Erstgespräch Komplementärmedizin, Akupunktur, Aurikulotherapie (Ohrakupunktur), Schädelakupunktur, Laserakupunktur, Magnetfeldtherapie, Elektrostimulation, Schröpfen, Moxibustion, Wärmebehandlung mit Infrarotstrahlen, Magnetfeldtherapie, lokale Kryotherapie, osteopathische Visite, osteopathische Behandlung
- Immunologische und Desensibilisierungstherapien (ausschließlich für chronische Patienten)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Rechnungen oder Quittungen, die von freiberuflich tätigen Fachkräften oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis ausgestellt werden.

Um die Erstattung der Kosten für die therapeutischen Leistungen zu beantragen, ist immer eine Verordnung des Hausarztes oder des Facharztes mit Angabe der festgestellten Erkrankung erforderlich. Die Verordnung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus dem die festgestellte Erkrankung hervorgeht.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für therapeutische Leistungen bis zu 60% des in der jeweiligen Rechnung/Quittung für diese Leistungen ausgewiesenen Betrags.



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für therapeutische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung des Hausarztes oder des Facharztes mit Angabe der festgestellten Erkrankung. Die Verschreibung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus welchem die festgestellte Erkrankung hervorgeht

Die jährliche Verfügbarkeit für die Erstattungen für radiologische Leistungen, für Laborleistungen und für therapeutische Leistungen (C.3.1, C.3.2 und C.3.3) beträgt insgesamt 800,00 € pro Einzelgeschriebenen und Familiengemeinschaft.

C.4 Physiotherapie, ambulatorische Rehabilitation

(einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen, die aufgrund einer der folgenden Krankheiten entstanden sind:

- NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN: zerebraler Schlaganfall, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit
- KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN: akuter Myokardinfarkt, Lungenembolie
CHRONISCHE KARDIOLOGISCHE ERKRANKUNGEN: Ischämische Herzkrankheit und chronische Herzinsuffizienz
- AUTOIMMUNERKRANKUNGEN: Myasthenie, chronische Polyarthrit, rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, idiopathische entzündliche Myopathien, wie Dermatomyositis, Polymyositis, autoimmune nekrotisierende Myopathie, sporadische Einschlusskörpermyositis
- MYOPATHIEN: progressive Muskeldystrophien wie: Becker-Muskeldystrophie, Duchenne-Muskeldystrophie, Gliedergürteldystrophie, Emery-Dreifuss-Muskeldystrophie, kongenitale Muskeldystrophien (z. B. Ullrich-Muskeldystrophie, Merosin-defiziente Muskeldystrophien, Selenoprotein-1-defiziente Muskeldystrophien), distale Muskeldystrophien (z. B. distale Welander-Myopathie, Nonaka-Myopathie, Gowers-Laing-Myopathie), Fazio-skapulo-humerale Muskeldystrophie (FSHD); myotone Erkrankungen: Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1 oder Steinert-Syndrom), Myotone Dystrophie Typ 2 (DM2 oder PROMM)
- ERKRANKUNGEN DES SKELETTAPPARATS: Osteoporose; Osteomalazie
- ERKRANKUNGEN DES ATMUNGSSYSTEMS: obstruktive Lungenerkrankungen wie: Bronchialasthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD); restriktive Lungenerkrankungen wie: Lungenentzündung, Silikose und Asbestose



• PATHOLOGIEEN DES BEWEGUNGSAPPARATES:

- Hand: Ganglien; Morbus Kienböck; Pseudoarthrose des Kahnbeins; Tendinose; Enthesopathie; Tendinopathien wie Extensoren-Tendinitis, Flexoren-Tendinitis und stenosierende Tenosynovitis nach De Quervain; Karpaltunnelsyndrom; Morbus Dupuytren
- Finger: Rhizarthrose; stenosierende Tenosynovitis oder Schnappfinger
- Ellenbogen: Valgus-Ellenbogen; Varus-Ellenbogen; Ellenbogenarthrose; Olekranon-Bursitis; Ellenbogenluxation; Epicondylitis; Epitrochleitis
- Schulter: Degenerative Erkrankungen des Schultergürtels wie: Omarthrose (Arthrose des Schultergürtels), fazio-skapulo-humerale Dystrophie (FSHD), Muskeldystrophien der Schultergürtel (LGMD); Kalkschulter (Tendinitis calcarea); subakromiale Bursitis; Thoracic-Outlet-Syndrom; posttraumatische Schulterluxation; habituelle Schulterluxation; Rotatoren-manschettenruptur
- Wirbelsäule: Flachrücken; Rundrücken (dorsale Hyperkyphose); Rund-Hohlrücken (Hyperkyphose); Skoliose; degenerative Erkrankungen der Lendenwirbelsäule wie: Bandscheibenvorfall, Spondylolisthesis, Spondylose, Facettengelenkssyndrom; Morbus Scheuermann.
- Hüfte: Syndrom des Tractus iliotibialis; Coxa saltans (Schnapphüfte); angeborene Hüftdysplasie (DCA); entwicklungsbedingte Hüftdysplasie (DDH); Morbus Perthes; angeborene Coxa vara; Coxarthrose (Hüftarthrose); Nekrose des Femurkopfes beim Erwachsenen
- Knie: Patellaluxation; retropatellare Chondropathie; traumatische oder degenerative Meniskusläsionen; Bandverletzungen des Knies; Baker-Zyste (Poplitealzyste); Osteochondritis dissecans des Knies; Genu valgum; Genu varum; Genu recurvatum; Gonarthrose
- Fuß: Klumpfuß (angeboren); Kalkaneusfuß (calcaneare Enthesitis); Metatarsus adductus (Metatarsus varus); Hohlfuß; Spitzfuß; Fallfuß; Plattfuß oder Spreizfuß oder Valgusfuß mit kindlicher Metatarsalgie; Valgusfuß beim Erwachsenen; Plattfuß; Hallux valgus mit begleitendem Hammerzeh oder Krallenzeh; varuser fünfter Zeh (Hyperadduktion)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für physiotherapeutische Leistungen bei schweren Verletzungen infolge eines außerberuflichen Unfalls, die einen Invaliditätsgrad von mehr als 40 % zur Folge haben.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für physiotherapeutische Leistungen im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen nach einem chirurgischen Eingriff, sofern die Leistung innerhalb von 120 Tagen nach dem Entlassungsdatum erbracht wird.

Es werden physiotherapeutische Rehabilitationsbehandlungen erstattet, die nach einem chirurgischen Eingriff durchgeführt wurden. Die Erstattung erfolgt für Rehabilitationsbehandlungen, die innerhalb von 120 Tagen nach dem Entlassungsdatum abgeschlossen sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die Leistungen, die mit den folgenden physiotherapeutischen Techniken durchgeführt werden:



- Manuelle Therapien: Massagetherapie, Gelenkmobilisationen, Manipulationen
- Therapeutische Übungen, mit oder ohne Unterstützung durch physikalische Gerätetherapien, in Einzel- oder Gruppensitzungen
- Physikalische Gerätetherapien: Tecar, Laser, Ultraschall, Elektrotherapie, Magnettherapie
- Techniken zur neuromuskulären Förderung: Lymphdrainage, Hydrotherapie

Von der Rückerstattung ausgeschlossen sind:

Akupunktur, Pressotherapie, Shiatsu, alle Arten von Taping sowie sämtliche Leistungen, die in Fitnessstudios, Sportclubs, Schönheitsstudios, Gesundheits-Hotels, Hotels, Wellnesszentren erbracht werden und von Fachkräften durchgeführt werden, die nicht im Berufsregister der Physiotherapeuten eingetragen sind.

Der FONDO SANITARIO ALTO ADIGE erstattet physiotherapeutische Leistungen unter den oben genannten Bedingungen nur, wenn:

- sie von einem Physiotherapeuten ausgeführt werden, d. h. von einem Fachmann, der eine Ausbildung in Physiotherapie (Diplom als Physiotherapeut) abgeschlossen hat und im nationalen Register der Physiotherapeuten eingetragen ist;
- sie von einem Facharzt verschrieben wurden. Die Verschreibung muss die Pathologie, die Anzahl der Sitzungen enthalten und vor den physiotherapeutischen Leistungen ausgestellt worden sein, für die die Erstattung beantragt wird.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet maximal 10 Physiotherapie-Sitzungen pro Verschreibung. Nach Abschluss des Zyklus ist eine neue Verschreibung erforderlich. Außerdem muss die Verschreibung den physiotherapeutischen Sitzungen zuordenbar sein, für die die Erstattung beantragt wird: Ausgabenbelege für Behandlungen, die mehr als 6 Monate nach dem Datum der Verschreibung begonnen wurden, werden nicht erstattet.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen bis zu 60% des Betrags, der in der entsprechenden Rechnung/Quittung für diese Leistungen angegeben ist.

Der jährliche Höchstbetrag, der dem Eingeschriebenen und seiner Familiengemeinschaft insgesamt zur Verfügung steht, beträgt 800,00 €.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)



- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Bericht der Notaufnahme (falls zutreffend)
- Kopie des Entlassungsschreibens bei Krankenhausaufenthalt
- Ärztliche Verordnung (Facharzt) mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose, die nicht älter als 12 Monate sein darf. Die Verschreibung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus welchem die festgestellte Erkrankung hervorgeht
- Angabe der medizinischen Qualifikation der Person, bei der die physiotherapeutischen Behandlungen durchgeführt wurden (physiotherapeutische Fachausbildung muss belegt sein)
- Bei mehreren physiotherapeutischen Behandlungen sind auf der Rechnung die Anzahl der Behandlungen und die Daten, an denen sie durchgeführt wurden, anzugeben

C.5 Augenheilkunde

C.5.1 Gläser für Brillen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten von Brillengläsern bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 € pro Eingeschriebenen und Familiengemeinschaft; und zwar alle zwei Jahre ab dem Datum der ersten erstatteten Rechnung.

Um die Erstattung der Kosten für Brillengläser zu beantragen, muss die entsprechende Rechnung vorgelegt werden, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurde und in der angegeben ist, dass eine Änderung der Dioptrien vorliegt bzw. dass es sich um die erste Brille handelt.

Die Erstattung der Kosten für refraktive Chirurgie gemäß Punkt C.5.3 schließt die Erstattung der Kosten gemäß Punkt C.5.1 aus.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Erstattung der Brillengläser:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen, Quittungen mit Kassenzettel für entstandene Kosten, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurden, mit einem Hinweis auf die erfolgte Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Auf der Rechnung/Quittung muss der Preis für die Brillengläser und -fassungen separat aufgeschlüsselt sein. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass es sich um eine Sehbrille handelt und eine Veränderung der Dioptrien vorliegt, oder dass es sich um eine Erstbrille handelt.
- Verschreibung mit Angabe der Änderung der Dioptrien oder Hinweis, dass es sich um eine Erstbrille handelt. Die Verschreibung darf nicht älter als 18 Monate sein.



C.5.2 Kontaktlinsen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Kontaktlinsen. Die Erstattung erfolgt jährlich und bis zu einem Höchstbetrag von 50,00 € pro Eingeschriebenen und Familiengemeinschaft.

Die Erstattung der Kosten für refraktive Chirurgie gemäß Punkt C.5.3 schließt die Erstattung der Kosten gemäß Punkt C.5.2 aus.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Kontaktlinsen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten).
- Bescheinigung des Augenarztes/Optikers/Optomtristen über die Sehstärke, welche nicht älter als 18 Monate sein darf
- Rechnungen, Quittungen mit Kassenzettel für entstandene Kosten, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurden, mit einem Hinweis auf die erfolgte Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden.

C.5.3 Refraktive Chirurgie

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für refraktiv-chirurgische Eingriffe zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, wie z.B. Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Presbyopie, die als (größer oder gleich) ≥ 2 Dioptrien dokumentiert sind.

Die Kosten, die dem Eingeschriebenen für die erbrachten Leistungen entstanden sind, werden bis zu 75% der jeweiligen Rechnung/Quittung erstattet.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die nachgewiesenen Kosten für refraktive Chirurgie bis zu einem Höchstbetrag von 750,00 € pro Auge und insgesamt 1.500,00 € für den Eingeschriebenen und der Familiengemeinschaft (maximal zwei Eingriffe) und zwar alle fünf Jahre ab dem Datum der ersten erstatteten Rechnung.

Die Erstattung der Kosten gemäß gegenwärtigem Punkt C.5.3 schließt künftige Ansprüche gemäß Punkt C.5.1 und Punkt C.5.2 ab dem Zeitpunkt des Eingriffes aus.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für refraktive Chirurgie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen, Honorarnote, Quittungen für entstandene Kosten mit Angabe der Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Aus den Unterlagen muss ausdrücklich hervorgehen, dass es sich um refraktive Chirurgie handelt, und es muss angegeben werden, aufgrund welcher Pathologie die Operation durchgeführt wird: Korrektur refraktiver Defekte, z. B. Myopie, Astigmatismus,

→

Hypermetropie und Presbyopie. Außerdem muss die Korrektur dokumentiert werden und (gleich oder größer als) ≥ 2 Dioptrien betragen.

C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich

(einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die unten angeführten zahnärztlichen Leistungen bis zu dem im Tarifverzeichnis angegebenen Höchstbetrag.

C.6.1. Vorbeugende zahnärztliche Leistungen

MUNDHYGIENE UND PARODONTITISBEHANDLUNG		
*Der Höchstbetrag wird nicht pro Element berechnet, sondern bezieht sich auf die gesamte Leistung	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €	Häufigkeit der Erstattungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS
Zahnärztliche Untersuchung oder Zahnsteinentfernung	35,00	1 Mal jährlich
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln, Scaling und/oder Kürettage	28,00	1 Mal jährlich
Schienung	17,00	1 Mal jährlich
Regenerative Chirurgie einschließlich heterologem Knochen und/oder Membran - je Bogen	140,00	1 Mal jährlich
Resektive Chirurgie je Bogen (einschließlich aller Arten von Lappen und Naht)	140,00	1 Mal jährlich
Mukogingivale Chirurgie für einen oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik (je Bogen), einschließlich Naht und Anästhesie	140,00	1 Mal jährlich
Freie oder gestielte Lappen oder Stifte, einschließlich Naht und Anästhesie	42,00	1 Mal jährlich

DIAGNOSTIK	Erstattbarer Höchstbetrag von €	Häufigkeit der Erstattung
Intraorale Röntgenaufnahme	10,00	1 Mal jährlich
Orthopantomogramm	28,00	1 Mal alle 2 Jahre
CBCT	63,00	1 Mal alle 2 Jahre

ZAHNERHALTUNG	
Wurde für ein Zahnelement ein Beitrag für eine erhaltende und/oder endodontische Behandlung gezahlt, können für dasselbe Zahnelement keine neuen Beiträge für eine erhaltende und/oder endodontische Behandlung gezahlt werden, es sei denn, seit dem letzten Beitrag sind mindestens zwei Jahre vergangen. Diese Frist läuft ab dem Datum der ersten Behandlung.	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Direkte plastische Zahnfüllungen – beliebiges Material	42,00
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	42,00
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	60,00
Revision einer Wurzelbehandlung	105,00



C.6.2. Zahnchirurgische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für zahnärztlich-chirurgische Leistungen bis zum Höchstbetrag, der im nachstehenden Tarifverzeichnis festgelegt ist.

CHIRURGIE	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Zahn- oder Wurzelextraktion	35,00
Extraktion eines Zahns oder einer Wurzel bei vollständigem Knocheneinschluss	63,00
Extraktion eines Milchzahns	10,00

IMPLANTOLOGIE	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Der Preis wird je Element berechnet. Die ausbezahlten Beiträge umfassen: einen vorbereitenden Eingriff, einen individuellen Abdrucklöffel, einen Gebissabdruck, einen provisorischen Aufbau, einen zweiten Eingriff, das Positionieren des Implantataufbaus, das Abutment, den endgültigen Aufbau, eine provisorische Zahnkrone auf dem Implantat. Damit der Beitrag ausbezahlt werden kann, müssen mindestens 5 Jahre ab der letzten vorhergehenden implantologischen Behandlung desselben Elements vergangen sein.	
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	525,00
Sinusbodenelevation	245,00
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkamms (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	245,00
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	35,00
Mini-Implantate inklusive Präzisionsverankerung	280,00

C.6.3. Prothetik

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für zahnärztliche prothetische Leistungen sowohl im Falle eines Unfalls als auch ohne Unfall, jedoch unterschiedlich, die im Folgenden angeführt sind:

PROTHETIK	Im Falle eines Unfalls erstattet SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bis zu einem Höchstbetrag von €	Liegt kein Unfall vor, erstattet SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bis zum Höchstbetrag von €
Damit die Rückerstattung erfolgen kann, müssen mindestens 2 Jahre ab der letzten vorhergehenden zahnprothetischen Behandlung desselben Elements vergangen sein.		
Provisorische entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	157,00	56,00
Endgültige entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	157,00	105,00
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	175,00	70,00



Herausnehmbare oder festsitzende Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen einschließlich Toronto Bridge und ähnliche	437,00	210,00
Einzelne Semipräzisions-/Präzisionsverankerung aus EMF ¹	52,00	35,00
Skelettiergerät (Struktur aus EMF ¹ oder EM ² , inklusive Elemente – je Bogen) einschließlich Maryland Bridge	455,00	210,00
Prothetische Krone aus EMF ¹ und Keramik	157,00	105,00
Prothetische Krone aus EM ² und Vollkeramik oder monolithische oder verblendete Zirkonkrone	175,00	70,00
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	26,00	17,00
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	50,00	35,00
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	52,00	37,00
Verblendkrone aus EM ² oder EM ² mit Kunstharz-Veneer oder EM ² mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	140,00	91,00
Provisorische verstärkte Krone (EMF ¹ oder EM ² – je Element)	44,00	28,00
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	42,00	28,00
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	33,00	28,00
Perio-Overdenture je Bogen (ausgenommen Stifte) z.B. All-on-4/5/6-Lösungen und dergleichen	437,00	210,00
Teleskopkrone je Element	157,00	105,00
Inlay, Onlay, Overlay	58,00	42,00

EMF¹ = Edelmetallfreie Legierungen EM² = Legierungen aus Edelmetall

Für die Inanspruchnahme der Erstattung von zahnprothetischen Leistungen im Falle eines Unfalls muss der Erste-Hilfe-Bericht beigelegt werden.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistungen der **MUNDHYGIENE UND PARODONTOLOGIE, DIAGNOSTIK, ZAHNERHALTUNG, CHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE, PROTHETIK** beläuft sich auf insgesamt 1.750,00 € pro Eingeschriebenen und Familiengemeinschaft.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Kostenerstattung für zahnmedizinische Leistungen): Der erste Teil ist vom Begünstigten auszufüllen, der zweite Teil ist **unbedingt** vom Zahnarzt auszufüllen und von ihm zu unterschreiben und mit seinem Firmenstempel zu versehen. **Für Online-Ansuchen wird nur der zweite Teil benötigt!**
- Rechnungen oder Quittungen, einschließlich Akonto-Rechnungen, über die entstandenen Kosten (falls vorgesehen, mit Stempelmarke), aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Formular für zahnmedizinische Leistungen, vom Zahnarzt ausgefüllt und unterzeichnet. Dieses Dokument wird im Falle einer zahnärztlichen Visite oder einer Zahnsteinentfernung nicht benötigt.

- Erste-Hilfe-Bericht bei unfallbedingten zahnprothetischen Erstattungsleistungen

C.6.4. Kieferorthopädie

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 €, wie im nachstehenden Tarifverzeichnis angegeben.

Die Erstattung ist für die steuerlich zu Lasten lebenden Ehepartner nicht vorgesehen und kann vom Eingeschriebenen nur einmal in Anspruch genommen werden.

KIEFERORTHOPÄDIE	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
<p>Kieferorthopädische Behandlung mit festen oder mobilen Geräten</p> <p>Kieferorthopädische Behandlung mit festen oder mobilen Geräten</p> <p>Die Leistung bezieht sich ausschließlich auf eine kieferorthopädische Behandlung, bei der die Zähne ausgerichtet und/oder der Gaumen geweitet werden, um verschiedene Ziele zu erreichen, wie z. B. korrektes Kauen, bessere Zahnhygiene und verbesserte Gesamtästhetik. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der bestmöglichen Ausrichtung der Zähne des Patienten.</p> <p>Die Voraussetzungen, um den Beitrag zu erhalten, sind:</p> <p>ZAHNSPANGE, FESTSITZEND ODER HERAUSNEHMBAR:</p> <p>Zahnmedizinische Apparatur, mit der Kiefer- und Zahnfehlstellungen korrigiert werden - schief oder eng stehende Zähne, Diastema (Zahnlücke), Zahn-Agenesie (Fehlen eines Zahnes), Kreuzbiss usw. -, indem Kraft auf die Zähne ausgeübt wird: diese Kräfte werden auf den Zahnhalteapparat (Kieferknochen, Bindegewebe, Zahnfleisch) übertragen. So werden die Zähne in die korrekte Position gebracht und die Kaufunktion sowie die Gesichtsästhetik verbessert.</p> <p>Anmerkung: eine Invisalign Behandlung ist als herausnehmbarer Aligner zu betrachten, also der herausnehmbaren Zahnsperre gleichzusetzen, siehe www.invisalign.de.</p> <p>Das gilt auch für anders benannte Behandlungsmethoden, wo aber der Begriff vom unsichtbaren und herausnehmbaren Aligner derselbe ist.</p>	500,00
<p>NICHT ZUM BEITRAG ZUGELASSEN SIND:</p> <p>SCHIENE: Weiche oder harte Schienen, die eingesetzt werden, um die Auswirkungen von Zähneknirschen und Unterkieferfehlstellung zu vermeiden bzw. zu lindern, wie z.B. frühzeitige Abnutzung der Zähne, Schmerzen am Kiefergelenk, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Nackenschmerzen und Rhachialgien.</p> <p>ZAHNSPANGE ZUR EXTRUSION EINES EINZELNEN ZAHNES: Zahnmedizinische Apparatur, eingesetzt auf einen halben Kieferbogen, um einen einzelnen Zahn zu „verschieben“, z.B. um ihn dann wieder mit einer Krone wiederherzustellen oder als Stift für eine Brücke zu benutzen.</p> <p>ALLE: kieferorthopädischen Behandlungen (festsitzend oder herausnehmbar), die nicht allein der korrekten Ausrichtung eines gesamten Kieferbogens (oder zwei) dienen.</p> <p>Alle, die bereits in der Vergangenheit eine Erstattung für diesen Leistung erhalten haben.</p>	



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Zahnsperre:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Kostenerstattung für zahnmedizinische Leistungen): Der erste Teil ist vom Begünstigten auszufüllen, der zweite Teil ist **unbedingt** vom Zahnarzt auszufüllen und von ihm zu unterschreiben und mit seinem Firmenstempel zu versehen. **Der zweite Teil wird nicht benötigt.**
- Rechnungen, Quittungen oder auch Akonto-Rechnungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Bericht des Zahnarztes über die Kiefer- oder Zahnfehlstellung und den Verlauf der Arbeiten.

D. MEDIZINISCHE VORRICHTUNGEN UND GERÄTE

D.7 Orthopädische Hilfsmittel und Prothesen und Hörgeräte

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für den Kauf oder die Anleihe von Hörgeräten.

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben des Einschriebenen und seiner Familiengemeinschaft.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Gesundheitskosten für den Kauf oder die Miete von orthopädischen Prothesen.

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben des Einschriebenen und seiner Familiengemeinschaft.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die Anschaffung eines der folgenden medizinischen Hilfsmittel, wenn eine klinische Notwendigkeit nachgewiesen ist:

- Korsett C35
- Stabkorsett
- Gelenkorthese

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben des Einschriebenen und seiner Familiengemeinschaft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung der oben genannten Kosten beläuft sich auf insgesamt 1.000,00 € pro Einschriebenen und Familiengemeinschaft.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)



- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Arztbericht, der die Verschreibung des Geräts/Hilfsmittels und die Pathologie enthält

E. GESUNDHEITSSCHUTZ

E.8 Geschlechtsspezifischer Gesundheitsschutz

Die in E.8 beschriebenen Leistungen werden nicht auf den steuerlich zu Lasten lebenden Ehepartner ausgedehnt, sondern nur zugunsten des Eingeschriebenen erstattet.

E.8.1 Präventionspaket für gynäkologische Leistungen: Leistungen im Privatbereich (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende gynäkologische Vorsorgepaket:

- Gynäkologische Untersuchung und/oder Brustuntersuchung
- Zervix-Vaginalabstrich (Pap-Test) und/oder DNA-Test auf HPV
- gynäkologische oder transvaginale Routine-Ultraschalluntersuchung mit Ausnahme von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

Die Erstattung der gynäkologischen Leistungen gemäß Buchstaben b) und c) unterliegt einem Selbstbehalt von 20,00 € pro einzelner Quittung/Rechnung, der zu Lasten des Eingeschriebenen bleibt.

Das gynäkologische Vorsorgepaket wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle Leistungen unter a), b), c) gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag auch nur eine der vorgesehenen Leistungen, so gilt das Vorsorgepaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistung Präventionspaket für gynäkologische Leistungen beläuft sich auf insgesamt 150,00 € pro Leistungsempfänger.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben für Gynäkologie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.



E.8.2 Brustkrebs-Präventionspaket für Frauen in der Altersgruppe 40-50 Jahre: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende Präventionspaket:

- Mammographie und/oder
- Ultraschall der Brust

Die Erstattung ist nur alle zwei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung vorgesehen und gilt nur für Eingeschriebene im Alter zwischen 40 und 50 Jahren.

Beide Leistungen können nur dann erstattet werden, wenn der Antrag für beide Leistungen gleichzeitig gestellt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag nur eine Leistung, so gilt das Präventionspaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung des Präventionspakets beträgt 100,00 €.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben für das Brustkrebs-Präventionspaket:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um eine Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.3 Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane ab dem 40. und bis zum 75. Lebensjahr: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende Vorsorgepaket:

- a) Fachärztliche urologische Untersuchung
- b) Ultraschalluntersuchung des Abdomens
- c) Zystoskopie
- d) Flussmetrie
- e) PSA

Die Erstattung der Leistungen erfolgt nur für Eingeschriebene zwischen 40 und 75 Jahren.

Die Erstattung der Leistungen gemäß Buchstaben b), c) und d) unterliegt einem Selbstbehalt von 20,00 € pro einzelner Quittung/Rechnung, der zu Lasten des Eingeschriebenen bleibt.

Das Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle Leistungen unter a), b), c), d), e), gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der



erste Erstattungsantrag auch nur eine der vorgesehenen Leistungen, so gilt das Vorsorgepaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistung Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane beläuft sich auf insgesamt 150,00 € pro Leistungsempfänger.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Urologie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.4 Andrologische Pathologien: spezifische Leistungen (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die Kosten für die andrologische Untersuchung.

Die Kosten für die andrologische Untersuchung werden in voller Höhe und ohne Einschränkungen erstattet.

Die Erstattung der Leistung erfolgt einmal alle drei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.5 Mutterschaftspaket: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die während der Schwangerschaft anfallenden Gesundheitskosten für folgende Leistungen:



- a) Gynäkologische und geburtshilfliche Vorsorgeuntersuchungen (bis zu maximal 5 Visiten)
 - b) Ultraschalluntersuchungen (bis zu maximal 4 Ultraschalluntersuchungen)
 - c) Klinische Laboranalysen und diagnostische Untersuchungen, einschließlich hochdiagnostischer und hochspezialisierter Untersuchungen wie Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie und andere Untersuchungen, die der Gynäkologe/Geburtshelfer für erforderlich hält
 - d) Genetische Untersuchungen
 - e) Rehabilitationsleistungen nach der Entbindung: Beckenbodengymnastik nach der Entbindung
- SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die einzelnen medizinischen Leistungen, die im Mutterschaftspaket enthalten sind, zu 60%.

Das Mutterschaftspaket wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle der Leistungen unter a), b), c) d), e) gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag auch nur eine einzige vorgesehene Leistung, so gilt das Präventionspaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Schwangerschaftsbescheinigung

E.8.6 Hautkrebsvorsorge- und -behandlungspaket für Eingeschriebene zwischen 35 und 65 Jahren sowie Behandlung von Schuppenflechte und atopischer Dermatitis

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die medizinischen Kosten für die dermatologische Untersuchung.

Die Erstattung der Kosten für dermatologische Untersuchungen ist nur für Eingeschriebene im Alter zwischen 35 und 65 Jahren vorgesehen.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die dermatologische Untersuchung bis zu 60%.

Die Erstattung ist einmal alle zwei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung vorgesehen.

Nur für Eingeschriebene mit:

- mittelschwerer/schwerer Psoriasis (PASI \geq 10); und/oder
- schwerer atopischer Dermatitis, unabhängig vom Alter,



sieht SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS vor:

- Erstattung der Hotelkosten für Thermalkuraufenthalte (in Höhe von 40 € pro Tag bei einer Höchstdauer von 7 Tagen)
- die Erstattung der Kosten für Phototherapien (PUVA und Bade-PUVA) erfolgt zu 100 % ohne Selbstbeteiligung

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.

Die jährliche Verfügbarkeit für die Erstattung der Leistungen der in E.8 genannten Pakete beträgt insgesamt 4.000,00 € für die Eingeschriebenen.

Ausschlüsse für Abschnitt 1 der vorliegenden Leistungsordnung

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet keine medizinischen Kosten für Leistungen im Falle von:

- I) Verletzungen aufgrund von Selbstmordversuchen oder als Folge eigener krimineller Handlungen oder Selbstverletzung;
- II) Krankheiten und Vergiftungen infolge von Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka, Gebrauch von Drogen und Betäubungsmitteln (außer zur therapeutischen Anwendung) oder Halluzinogenen;
- III) Unfälle, die sich aus der Ausübung folgender Sportarten ergeben: Luftfahrt, Motorsport, Autosport, Freeclimbing und Klettern sowie die Teilnahme an entsprechenden offiziellen oder inoffiziellen Wettkämpfen und Trainingsversuchen;
- IV) Unfälle bei professionellen Wettbewerben und damit zusammenhängenden Übungen und Trainings;
- V) Folgen von Krieg, Aufruhr, Unruhen, Aggressionen oder Gewalttaten mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen der Eingeschriebene freiwillig teilgenommen hat, sowie von terroristischen Handlungen;
- VI) unmittelbare oder mittelbare Folgen von nuklearer Verseuchung, Transmutation des Atomkerns sowie von Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Atomteilchen verursacht wird, ausgenommen zu therapeutischen Zwecken;
- VII) die Folgen von Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Seebeben;
- VIII) direkte oder indirekte Folgen von Pandemien;



- IX) Behandlungen und Eingriffe wegen der Folgen oder Komplikationen von Unfällen oder Krankheiten, die gemäß vorliegender Leistungsordnung nicht erstattungsfähig sind;
- X) psychiatrische, psychologische sowie psychotherapeutische Leistungen, die von privaten oder öffentlichen Einrichtungen oder Fachleuten erbracht werden;
- XI) Logopädische und ergotherapeutische Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt erbracht werden;
- XII) ärztliche Leistungen, Behandlungen und Eingriffe bei Unfruchtbarkeit, männlicher und weiblicher Sterilität, künstlicher Befruchtung jeglicher Art, Impotenz, alle ärztlichen Leistungen und chirurgische Eingriffe, die auf die Veränderung der primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale abzielen oder sich daraus ergeben;
- XIII) Routineuntersuchungen ohne ärztliche Verschreibung und Untersuchungen, die von Allgemeinmedizinerinnen durchgeführt werden;
- XIV) Präventivleistungen, die in der vorliegenden Leistungsordnung nicht ausdrücklich aufgeführt sind;
- XV) fachärztliche Untersuchungen durch Personen, die keinen Abschluss in Medizin und Chirurgie haben; ausgenommen sind physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, die in dieser Leistungsordnung geregelt sind;
- XVI) Dienstleistungen, Behandlungen und Eingriffe kosmetischer Natur sowie Leistungen betreffend Sportmedizin;
- XVII) Kosten im Zusammenhang mit Impfstoffen sowie Arzneimittel jeglicher Art;
- XVIII) Kosten für den Ankauf von orthopädischen Einlagen und Schuhen;
- XIX) Kosten, die in gesetzlich nicht zugelassenen Einrichtungen entstanden sind, oder Honorare von Ärzten, die für ihren Beruf nicht zugelassen sind;
- XX) medizinische Kosten im Zusammenhang mit Unfällen, die sich vor dem Beginn der Einschreibung im Fonds ereignet haben;
- XXI) Kosten im Zusammenhang mit ärztlichen Bescheinigungen für jedweden Zweck;
- XXII) Kosten im Zusammenhang mit der Aushändigung des Krankenberichtes sowie die Aushändigung von anderen Unterlagen in Papierformat oder auf magnetischen oder elektronischen Datenträgern;
- XXIII) Kosten für Führerscheine und Tauglichkeitsbescheinigung jeglicher Art;
- XXIV) Kosten für Stempelgebühren oder Stempelmarken;



ABSCHNITT 2 – Leistungen für die Familiengemeinschaft des Eingeschriebenen im Falle von freiwilliger Einschreibung durch den Eingeschriebenen und Beitragszahlung zu seinen Lasten

Der Abschnitt 2 des vorliegenden Dokuments bezieht sich auf Zusatzleistungen, die den nationalen Gesundheitsdienst bzw. den Gesundheitsdienst der Provinz ergänzen, vervollständigen und/oder ersetzen („**Leistungen**“) und die direkt von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS durch die Erstattung der entstandenen Gesundheitskosten zugunsten der folgenden Familienmitglieder des Eingeschriebenen („**Leistungsberechtigte**“) **aufgrund des von diesem für deren freiwillige Einschreibung gezahlten Beitrags** erbracht werden:

- a) der steuerlich nicht zu Lasten lebende Ehepartner;
- b) der/die Lebensgefährte/in more uxorio;
- c) Kinder im Alter von über 12 Monaten bis zum 26. Geburtstag, die steuerlich zu Lasten sind;
- d) Kinder, die bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres steuerlich nicht zu Lasten sind;
- e) steuerlich zu Lasten lebende Söhne/Töchter mit einer dauerhaften Behinderung von mindestens zwei Dritteln ohne Altersbegrenzung.

Bei der Einschreibung von steuerlich zu Lasten lebenden Kindern, die älter als 12 Monate sind bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres, oder bei der Einschreibung von Kindern gemäß den Buchstaben c), d) oder e) wird auch der steuerlich zu Lasten lebende Ehepartner als Mitglied der Familiengemeinschaft hinzugefügt.

Die Leistungen zugunsten der Familiengemeinschaft des Eingeschriebenen **haben einen einzigen Höchstbetrag für die gesamte Familiengemeinschaft mit Ausnahme des Eingeschriebenen („Familie des Eingeschriebenen“)**.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die in der Leistungsordnung angeführten Leistungen auf der Grundlage des Datums der Rechnung/Quittung.

Um eine Rückerstattung zu erhalten, ist es notwendig, dass der Eingeschriebene am Datum der Rechnung/Ausgabenbelegs sowie am Tag der Leistungserbringung im Fonds eingeschrieben ist und der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

Die Rechnung/der Ausgabenbeleg muss zum Zeitpunkt des Antrags vollständig bezahlt sein, auch im Falle einer Ratenzahlung

Leistungen, die vor dem 01.01.2024 erbracht wurden, werden nicht erstattet, auch wenn die Rechnung/Quittung nach dem 01.01.2026 ausgestellt ist.



A. BEREICH KRANKENHAUSAUFENTHALT: AUFENTHALTSENTSCHÄDIGUNG, ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

A.1 Krankenhausaufenthalt

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht ein Tagegeld für Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vor, vorbehaltlich der am Ende dieses Abschnitts aufgeführten Ausschlussgründe und unter der Voraussetzung, dass der Krankenhausaufenthalt während der Geltungsdauer dieser Leistungsordnung und bei gültiger Einschreibung im Fonds erfolgt. Inbegriffen sind eventuelle Krankenhausaufenthalte aufgrund postakuter Betreuung (Rehabilitation - Langzeitpflege), Plätze für Kurzzeit- und Übergangspflege sowie Aufenthalte für die Betreuungskontinuität (CAVS).

Das Tagegeld gibt keinen Anspruch auf Erstattung der während des Krankenhausaufenthalts getätigten Ausgaben des Leistungsberechtigten. Die Gebühr für den Krankenhausaufenthalt und die Kosten für die Begleitperson sind daher ausgeschlossen.

Das Tagegeld wird bei einem Krankenhausaufenthalt sowohl in privaten Einrichtungen als auch in öffentlichen Einrichtungen anerkannt und gezahlt.

Die Entschädigung beträgt 50,00 € für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts, beginnend mit dem 6. Tag des Krankenhausaufenthalts und für einen Zeitraum, der insgesamt 25 Tage des Krankenhausaufenthalts pro Kalenderjahr nicht überschreitet. Dieser Höchstbetrag ist als Gesamtbetrag für die Familiengemeinschaft zu verstehen.

Bei der Berechnung des Tagegeldes wird der letzte Tag des Krankenhausaufenthalts nicht berücksichtigt, unabhängig von der Uhrzeit der Entlassung.

A.2 Nach dem Krankenhausaufenthalt

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht eine Kostenerstattung für folgende Rehabilitationsbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt vor: Logopädie und Ergotherapie, sofern sie innerhalb von 120 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden und im Zusammenhang mit der Krankheit oder Verletzung stehen, die den Krankenhausaufenthalt verursacht hat.

Dies gilt für Leistungen, die sowohl vom staatlichen Gesundheitsdienst als auch von privaten Einrichtungen oder Angehörigen eines Gesundheitsberufes (einschließlich des freiberuflich tätigen Gesundheitspersonals innerhalb des Krankenhauses) erbracht werden.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung der Kosten nach einem Krankenhausaufenthalt beläuft sich auf insgesamt 400,00 € für die Familiengemeinschaft.



Unterlagen, die für die Beantragung des Tagegeldes und der Kostenerstattung nach einem Krankenhausaufenthalt einzureichen sind:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Kopie der Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Kopie der vollständigen Krankengeschichte
- Ärztliche Verschreibung (falls nicht bereits in der Krankengeschichte angegeben) im Falle von Rehabilitationsbehandlungen nach dem Krankenhausaufenthalt

B. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SSP)

Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS sieht die Erstattung von Tickets vor, die die Familiengemeinschaft in dem Kalenderjahr trägt, in dem diese Leistungsordnung gültig ist und die Beitragszahlung ordnungsgemäß erfolgt ist. Dies gilt für alle ambulanten fachärztlichen Leistungen (einschließlich Day Service, Erste Hilfe, ambulatorischer Chirurgie, usw.), die von öffentlichen und/oder privaten vertragsgebundener Einrichtungen erbracht werden.

Es wird klargestellt, dass unter Untersuchungen oder Leistungen all jene zu verstehen sind, die im Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen des Landes oder der verschiedenen regionalen öffentlichen Einrichtungen vorgesehen sind.

Tickets für Leistungen, die unter die am Ende dieses Abschnitts angeführten Ausnahmen fallen, werden nicht erstattet.

Die Liste der in Südtirol vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen wird ständig aktualisiert und ist unter folgendem Link des Südtiroler Sanitätsbetriebs abrufbar:

<https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/private-akkreditierte-vertragsgebundene-gesundheitseinrichtungen.asp>.

Die von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS anerkannte Rückerstattung entspricht 100% der Gesamtausgaben für die in dem Kalenderjahr, in dem diese Leistungsordnung gültig ist, gezahlten Tickets, mit einer Selbstbeteiligung von 50,00 € zu Lasten eines jeden Mitgliedes der Familiengemeinschaft.

Der jährliche Höchstbetrag, welcher der Familiengemeinschaft zur Verfügung steht, beträgt 1.000,00 €.



Einzureichende Unterlagen für den Antrag auf Erstattung von Gesundheitstickets:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Rückerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Tickets
- Quittung zum Nachweis der Bezahlung der Tickets. Eine Fotokopie des Rezepts oder der Promemoria bei entmaterialisierten Rezepten ist nicht erforderlich. Bei der Erstattung von Tickets für die Notaufnahme ist es nicht erforderlich, den Bericht der Notaufnahme beizufügen.

C. AMBULANTE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH

Leistungen, die von privaten Fachleuten oder Einrichtungen erbracht werden, die nicht dem nationalen bzw. dem Landesgesundheitsdienst angehören (einschließlich der freiberuflichen Tätigkeit innerhalb der öffentlichen Einrichtung, sogen. Intramoenia)

C.1 Private Facharztuntersuchungen außerhalb des Krankenhausaufenthaltes

(einschließlich der von Ärzten auf freiberuflicher Basis in öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen), mit Ausnahme der psychologischen und psychiatrischen Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Facharztuntersuchungen nur, wenn die Facharztuntersuchung in der Leistungsordnung der ambulatorischen Facharztuntersuchungen der Autonomen Provinz Bozen enthalten ist, mit Ausnahme jener die unter die am Ende dieses Abschnitts angeführten Ausnahmen fallen.

Facharztuntersuchungen, die von Personen durchgeführt werden, die keinen Abschluss in Medizin und Chirurgie haben, sind immer ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Facharztvisiten, welche von Fachärzten erbracht werden, die nicht die erforderliche medizinische Spezialisierung für die erbrachte Fachleistung haben sowie Untersuchungen, welche von einem Allgemeinmediziner durchgeführt werden.

Um die Erstattung der Kosten für die fachärztliche Untersuchung zu beantragen, ist immer eine Verschreibung des Hausarztes erforderlich, die den diagnostischen Verdacht (die vermutete Pathologie) enthält, oder der Befund über die festgestellte Pathologie.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Facharztuntersuchungen bis zu 50 % des entstandenen Betrags, höchstens jedoch 50,00 € pro durchgeführter Untersuchung und für höchstens 5 Leistungen pro Familiengemeinschaft und Kalenderjahr.



Für den Antrag auf Erstattung der Kosten für Facharztuntersuchungen sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose

C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich

(einschließlich Leistungen, die vom Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf freiberuflicher Basis erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die folgenden ambulanten chirurgischen Leistungen:

- Eingriff am Hammerfinger, Schnappfinger
- Eingriff bei Karpaltunnelsyndrom
- Arthroskopie des Knies
- Schleimbeutelentfernung mit Weichteilkorrektur und Umstellungsosteotomie bei Hallux valgus
- Kataraktchirurgie mit und ohne Implantation einer Intraokularlinse
- Reparatur von Leisten- und/oder Nabelbrüchen

Unter ambulanter Chirurgie versteht man einen alternativen Betreuungsrahmen zum Tagesaufenthalt, in dem chirurgische Eingriffe sowie diagnostische und/oder invasive und halb-invasive therapeutische Verfahren unter Einsatz von Anästhesietechniken durchgeführt werden, die keinen Krankenhausaufenthalt, sondern eventuell nur eine kurze Beobachtungszeit nach dem Eingriff erfordern, nach deren Ablauf der Patient, gegebenenfalls in Begleitung, nach Hause zurückkehren kann.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die oben genannten ambulanten chirurgischen Leistungen, mit einer Selbstbeteiligung der Familiengemeinschaft (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) von 250,00 €.

Der jährliche Höchstbetrag für die Familiengemeinschaft beträgt 800,00 €. Während des Kalenderjahres, in dem die Leistungsordnung in Kraft ist, kann nur eine ambulante chirurgische Leistung in Anspruch genommen werden.



Unterlagen zur Beantragung der Erstattung von Krankheitskosten für ambulante chirurgische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über entstandene Kosten, aus denen die Zahlung hervorgeht. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung oder ärztlicher Bericht mit Angabe der festgestellten Pathologie/ Diagnose
- Ärztlicher Bericht mit Angabe der Art der Pathologie und der erbrachten Leistungen mit histologischem Bericht (falls durchgeführt)

C.3 Radiologische Leistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen,

die von Privaten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes erbracht werden (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

C.3.1 Radiologische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für radiologische Leistungen, die unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt durch freiberuflich tätige Fachkräfte oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis erbracht werden und im geltenden Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen der Autonomen Provinz Bozen (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>) angegeben sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für radiologische Leistungen bis zu 60% des auf der jeweiligen Rechnung/Quittung ausgewiesenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 € pro Leistung.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für radiologische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden



- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose

C.3.2 Laborleistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Laborleistungen, die unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt erbracht werden und im geltenden Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen der Autonomen Provinz Bozen (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>) angegeben sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Rechnungen oder Quittungen, die von freiberuflich tätigen Fachkräften oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis ausgestellt werden.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Laborleistungen bis zu 60% des in der jeweiligen Rechnung/Quittung für diese Leistungen ausgewiesenen Betrags.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Laborleistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose

C.3.3 Therapeutische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die folgenden therapeutischen Leistungen:

- Schmerztherapie, und zwar: einmalige Gelenkinfiltration mit Anästhetikum oder Kortikosteroid, periartikuläre oder peritendinöse Infiltration, periphere Nerven- oder trunkuläre Infiltration, epidurale Infiltration (zervikal, thorakal, lumbal, sakral), Therapie mit selektiven Nervenblockaden, Therapie mit gepulster Radiofrequenz oder perkutaner Thermoläsion, Therapie mit Botulinumtoxin bei chronischen muskulären oder neuropathischen Schmerzen, intravenöse Infusionstherapie bei chronischen Schmerzen, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation), Magnetfeldtherapie zu analgetischem Zweck, analgetische Lasertherapie, Tecartherapie zur Behandlung chronischer Schmerzen, Iontophorese mit analgetischen Medikamenten, Mesotherapie
- Komplementärmedizinische Leistungen, und zwar: ärztliches Erstgespräch Komplementärmedizin, Akupunktur, Aurikulotherapie (Ohrakupunktur), Schädelakupunktur, Laserakupunktur, Magnetfeldtherapie, Elektrostimulation, Schröpfen, Moxibustion, Wärmebehandlung mit Infrarotstrahlen, Magnetfeldtherapie, lokale Kryotherapie, osteopathische Visite, osteopathische Behandlung



- Immunologische und Desensibilisierungstherapien (ausschließlich für chronische Patienten)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Rechnungen oder Quittungen, die von freiberuflich tätigen Fachkräften oder Einrichtungen im Privatbereich oder vom Gesundheitspersonal innerhalb der öffentlichen Einrichtung auf freiberuflicher Basis ausgestellt werden.

Um die Erstattung der Kosten für die therapeutischen Leistungen zu beantragen, ist immer eine Verordnung des Hausarztes oder des Facharztes mit Angabe der festgestellten Erkrankung erforderlich. Die Verordnung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus dem die festgestellte Erkrankung hervorgeht.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für therapeutische Leistungen bis zu 60% des in der jeweiligen Rechnung/Quittung für diese Leistungen ausgewiesenen Betrags.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für therapeutische Leistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss der Zahlungsbeleg oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Ärztliche Verschreibung des Hausarztes oder des Facharztes mit Angabe der festgestellten Erkrankung. Die Verschreibung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus welchem die festgestellte Erkrankung hervorgeht

Die jährliche Verfügbarkeit für die Erstattungen für radiologische Leistungen, für Laborleistungen und für therapeutische Leistungen (C.3.1, C.3.2 und C.3.3) beträgt insgesamt 800,00 € pro Familiengemeinschaft.

C.4 Physiotherapie, ambulatorische Rehabilitation

(einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen, die aufgrund einer der folgenden Krankheiten entstanden sind:

- NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN: zerebraler Schlaganfall, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit
- KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN: akuter Myokardinfarkt, Lungenembolie
 CHRONISCHE KARDIOLOGISCHE ERKRANKUNGEN: Ischämische Herzkrankheit und chronische Herzinsuffizienz
- AUTOIMMUNE ERKRANKUNGEN: Myasthenie, chronische Polyarthrit, rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, idiopathische entzündliche Myopathien, wie Dermatomyositis, Polymyositis, autoimmune nekrotisierende Myopathie, sporadische Einschlusskörpermyositis



- MYOPATHIEN: progressive Muskeldystrophien wie: Becker-Muskeldystrophie, Duchenne-Muskeldystrophie, Gliedergürteldystrophie, Emery-Dreifuss-Muskeldystrophie, kongenitale Muskeldystrophien (z. B. Ullrich-Muskeldystrophie, Merosin-defiziente Muskeldystrophien, Selenoprotein-1-defiziente Muskeldystrophien), distale Muskeldystrophien (z. B. distale Welander-Myopathie, Nonaka-Myopathie, Gowers-Laing-Myopathie), Fazio-skapulo-humerale Muskeldystrophie (FSHD); myotone Erkrankungen: Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1 oder Steinert-Syndrom), Myotone Dystrophie Typ 2 (DM2 oder PROMM)
- ERKRANKUNGEN DES SKELETTAPPARATS: Osteoporose; Osteomalazie
- ERKRANKUNGEN DES ATMUNGSSYSTEMS: obstruktive Lungenerkrankungen wie: Bronchialasthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD); restriktive Lungenerkrankungen wie: Lungenentzündung, Silikose und Asbestose
- PATHOLOGIEN DES BEWEGUNGSAPPARATES:
 - Hand: Ganglien; Morbus Kienböck; Pseudoarthrose des Kahnbeins; Tendinose; Enthesopathie; Tendinopathien wie Extensoren-Tendinitis, Flexoren-Tendinitis und stenosierende Tenosynovitis nach De Quervain; Karpaltunnelsyndrom; Morbus Dupuytren
 - Finger: Rhizarthrose; stenosierende Tenosynovitis oder Schnappfinger
 - Ellenbogen: Valgus-Ellenbogen; Varus-Ellenbogen; Ellenbogenarthrose; Olekranon-Bursitis; Ellenbogenluxation; Epicondylitis; Epitrochleitis
 - Schulter: Degenerative Erkrankungen des Schultergürtels wie: Omarthrose (Arthrose des Schultergürtels), fazio-skapulo-humerale Dystrophie (FSHD), Muskeldystrophien der Schultergürtel (LGMD); Kalkschulter (Tendinitis calcarea); subakromiale Bursitis; Thoracic-Outlet-Syndrom; posttraumatische Schulterluxation; habituelle Schulterluxation; Rotatorenmanschettenruptur
 - Wirbelsäule: Flachrücken; Rundrücken (dorsale Hyperkyphose); Rund-Hohlrücken (Hyperkyphose); Skoliose; degenerative Erkrankungen der Lendenwirbelsäule wie: Bandscheibenvorfall, Spondylolisthesis, Spondylose, Facettengelenkssyndrom; Morbus Scheuermann.
 - Hüfte: Syndrom des Tractus iliotibialis; Coxa saltans (Schnapphüfte); angeborene Hüftdysplasie (DCA); entwicklungsbedingte Hüftdysplasie (DDH); Morbus Perthes; angeborene Coxa vara; Coxarthrose (Hüftarthrose); Nekrose des Femurkopfes beim Erwachsenen
 - Knie: Patellaluxation; retropatellare Chondropathie; traumatische oder degenerative Meniskusläsionen; Bandverletzungen des Knies; Baker-Zyste (Poplitealzyste); Osteochondritis dissecans des Knies; Genu valgum; Genu varum; Genu recurvatum; Gonarthrose
 - Fuß: Klumpfuß (angeboren); Kalkaneusfuß (calcaneare Enthesitis); Metatarsus adductus (Metatarsus varus); Hohlfuß; Spitzfuß; Fallfuß; Plattfuß oder Spreizfuß oder Valgusfuß mit kindlicher Metatarsalgie; Valgusfuß beim Erwachsenen; Plattfuß; Hallux valgus mit begleitendem Hammerzeh oder Krallenzeh; varuser fünfter Zeh (Hyperadduktion)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für physiotherapeutische Leistungen bei schweren Verletzungen infolge eines außerberuflichen Unfalls, die einen Invaliditätsgrad von mehr als 40 % zur Folge haben.



SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für physiotherapeutische Leistungen im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen nach einem chirurgischen Eingriff, sofern die Leistung innerhalb von 120 Tagen nach dem Entlassungsdatum erbracht wird.

Es werden physiotherapeutische Rehabilitationsbehandlungen erstattet, die nach einem chirurgischen Eingriff durchgeführt wurden. Die Erstattung erfolgt für Rehabilitationsbehandlungen, die innerhalb von 120 Tagen nach dem Entlassungsdatum abgeschlossen sind.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die Leistungen, die mit den folgenden physiotherapeutischen Techniken durchgeführt werden:

- Manuelle Therapien: Massagetherapie, Gelenkmobilisationen, Manipulationen
- Therapeutische Übungen, mit oder ohne Unterstützung durch physikalische Gerätetherapien, in Einzel- oder Gruppensitzungen
- Physikalische Gerätetherapien: Tecar, Laser, Ultraschall, Elektrotherapie, Magnettherapie
- Techniken zur neuromuskulären Förderung: Lymphdrainage, Hydrotherapie

Von der Rückerstattung ausgeschlossen sind:

Akupunktur, Pressotherapie, Shiatsu, alle Arten von Taping sowie sämtliche Leistungen, die in Fitnessstudios, Sportclubs, Schönheitsstudios, Gesundheits-Hotels, Hotels, Wellnesszentren erbracht werden und von Fachkräften durchgeführt werden, die nicht im Berufsregister der Physiotherapeuten eingetragen sind.

Der FONDO SANITARIO ALTO ADIGE erstattet physiotherapeutische Leistungen unter den oben genannten Bedingungen nur, wenn:

- sie von einem Physiotherapeuten ausgeführt werden, d. h. von einem Fachmann, der eine Ausbildung in Physiotherapie (Diplom als Physiotherapeut) abgeschlossen hat und im nationalen Register der Physiotherapeuten eingetragen ist;
- sie von einem Facharzt verschrieben wurden. Die Verschreibung muss die Pathologie, die Anzahl der Sitzungen enthalten und vor den physiotherapeutischen Leistungen ausgestellt worden sein, für die die Erstattung beantragt wird.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet maximal 10 Physiotherapie-Sitzungen pro Verschreibung. Nach Abschluss des Zyklus ist eine neue Verschreibung erforderlich. Außerdem muss die Verschreibung den physiotherapeutischen Sitzungen zuordenbar sein, für die die Erstattung beantragt wird: Ausgabenbelege für Behandlungen, die mehr als 6 Monate nach dem Datum der Verschreibung begonnen wurden, werden nicht erstattet.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen bis zu 60% des Betrags, der in der entsprechenden Rechnung/Quittung für diese Leistungen angegeben ist.



Der jährliche Höchstbetrag, der dem Eingeschriebenen und seiner Familiengemeinschaft insgesamt zur Verfügung steht, beträgt 800,00 €.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten mit Angabe der erfolgten Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden
- Bericht der Notaufnahme (falls zutreffend)
- Kopie des Entlassungsschreibens bei Krankenhausaufenthalt
- Ärztliche Verordnung (Facharzt) mit Angabe der festgestellten Pathologie/Diagnose die nicht älter als 6 Monate sein darf. Die Verschreibung kann auch im ärztlichen Befund enthalten sein, aus welchem die festgestellte Erkrankung hervorgeht
- Angabe der medizinischen Qualifikation der Person, bei der die physiotherapeutischen Behandlungen durchgeführt wurden (physiotherapeutische Fachausbildung muss belegt sein)
- Bei mehreren physiotherapeutischen Behandlungen sind auf der Rechnung die Anzahl der Behandlungen und die Daten, an denen sie durchgeführt wurden, anzugeben

C.5 Augenheilkunde

C.5.1 Gläser für Brillen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten von Brillengläsern bis zu einem Gesamtbetrag von 150,00 € pro Familiengemeinschaft; und zwar alle zwei Jahre ab dem Datum der ersten erstatteten Rechnung.

Um die Erstattung der Kosten für Brillengläser zu beantragen, muss die entsprechende Rechnung vorgelegt werden, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurde und in der angegeben ist, dass eine Änderung der Dioptrien vorliegt bzw. dass es sich um die erste Brille handelt.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Erstattung der Brillengläser:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen, Quittungen mit Kassenzettel für entstandene Kosten, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurden, mit einem Hinweis auf die erfolgte Zahlung. Wenn die



Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Auf der Rechnung/Quittung muss der Preis für die Brillengläser und -fassungen separat aufgeschlüsselt sein. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass es sich um eine Sehbrille handelt und eine Veränderung der Dioptrien vorliegt, oder dass es sich um eine Erstbrille handelt.

- Verschreibung mit Angabe der Änderung der Dioptrien oder Hinweis, dass es sich um eine Erstbrille handelt. Die Verschreibung darf nicht älter als 18 Monate sein.

C.5.2 Kontaktlinsen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für Kontaktlinsen. Die Erstattung erfolgt jährlich und bis zu einem Höchstbetrag von 50,00 € pro Familiengemeinschaft.

Die Erstattung der Kosten für refraktive Chirurgie gemäß Punkt C.5.3 schließt die Erstattung der Kosten gemäß Punkt C.5.2 aus.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Kontaktlinsen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Bescheinigung des Optikers/Optometrists über die Sehkraft, welche nicht älter als 18 Monate sein darf
- Rechnungen, Quittungen mit Kassenzettel für entstandene Kosten, die von einem Optiker oder Optometristen ausgestellt wurden, mit einem Hinweis auf die erfolgte Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Auf der Rechnung/Quittung muss der Preis für die Brillengläser und -fassungen separat aufgeschlüsselt sein. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass es sich um eine Sehbrille handelt und eine Veränderung der Dioptrien vorliegt, oder dass es sich um eine Erstbrille handelt.

C.5.3 Refraktive Chirurgie

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für refraktiv-chirurgische Eingriffe zur Korrektur von Fehrsichtigkeit, wie z.B. Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Presbyopie, die als (größer oder gleich) ≥ 2 Dioptrien dokumentiert sind.

Die Kosten, die dem Eingeschriebenen für die erbrachten Leistungen entstanden sind, werden bis zu 75% der jeweiligen Rechnung/Quittung erstattet.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die nachgewiesenen Kosten für refraktive Chirurgie bis zu einem Höchstbetrag von 750,00 € pro Auge und insgesamt 1.500,00 € für die Familiengemeinschaft (maximal zwei Eingriffe); und zwar alle fünf Jahre ab dem Datum der ersten erstatteten Rechnung.



Die Erstattung der Kosten gemäß gegenwärtigem Punkt C.5.2 schließt künftige Ansprüche gemäß Punkt C.5.1 und Punkt C.5.2 ab dem Zeitpunkt des Eingriffes aus.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für refraktive Chirurgie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen, Honorarnote, Quittungen für entstandene Kosten mit Angabe der Zahlung. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder die -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Aus den Unterlagen muss ausdrücklich hervorgehen, dass es sich um refraktive Chirurgie handelt, und es muss angegeben werden, aufgrund welcher Pathologie die Operation durchgeführt wird: Korrektur refraktiver Defekte, z. B. Myopie, Astigmatismus, Hypermetropie und Presbyopie. Außerdem muss die Korrektur dokumentiert werden und (gleich oder größer als) ≥ 2 Dioptrien betragen.

C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich

(einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die unten angeführten zahnärztlichen Leistungen bis zu dem im nachstehenden Tarifverzeichnis angegebenen Höchstbetrag.

C.6.1. Vorbeugende zahnärztliche Leistungen

MUNDHYGIENE UND PARODONTITISBEHANDLUNG		
* Der Höchstbetrag wird nicht pro Element berechnet, sondern bezieht sich auf die gesamte Leistung	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €	Häufigkeit der Erstattungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS
Zahnärztliche Untersuchung oder Zahnsteinentfernung	35,00	1 Mal jährlich
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln, Scaling und/oder Kürettage	28,00	1 Mal jährlich
Schienung	17,00	1 Mal jährlich
Regenerative Chirurgie einschließlich heterologem Knochen und/oder Membran - je Bogen	140,00	1 Mal jährlich
Resektive Chirurgie je Bogen (einschließlich aller Arten von Lappen und Naht)	140,00	1 Mal jährlich
Mukogingivale Chirurgie für einen oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik (je Bogen), einschließlich Naht und Anästhesie	140,00	1 Mal jährlich
Freie oder gestielte Lappen oder Stifte, einschließlich Naht und Anästhesie	42,00	1 Mal jährlich



DIAGNOSTIK	Erstattbarer Höchstbetrag von €	Häufigkeit der Erstattung
Intraorale Röntgenaufnahme	10,00	1 Mal jährlich
Orthopantomogramm	28,00	1 Mal alle 2 Jahre
CBCT	63,00	1 Mal alle 2 Jahre

ZAHNERHALTUNG	
Wurde für ein Zahnelement ein Beitrag für eine erhaltende und/oder endodontische Behandlung gezahlt, können für dasselbe Zahnelement keine neuen Beiträge für eine erhaltende und/oder endodontische Behandlung gezahlt werden, es sei denn, seit dem letzten Beitrag sind mindestens zwei Jahre vergangen. Diese Frist läuft ab dem Datum der ersten Behandlung.	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Direkte plastische Zahnfüllungen – beliebiges Material	42,00
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	42,00
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	60,00
Revision einer Wurzelbehandlung	105,00

C.6.2. Zahnchirurgische Leistungen

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für zahnärztlich-chirurgische Leistungen bis zum Höchstbetrag, der im nachstehenden Tarifverzeichnis festgelegt ist.

CHIRURGIE	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Zahn- oder Wurzelextraktion	35,00
Extraktion eines Zahns oder einer Wurzel bei vollständigem Knocheneinschluss	63,00
Extraktion eines Milchzahns	10,00

IMPLANTOLOGIE	
Der Preis wird je Element berechnet. Die ausbezahlten Beiträge umfassen: einen vorbereitenden Eingriff, einen individuellen Abdrucklöffel, einen Gebissabdruck, einen provisorischen Aufbau, einen zweiten Eingriff, das Positionieren des Implantataufbaus, das Abutment, den endgültigen Aufbau, eine provisorische Zahnkrone auf dem Implantat. Damit der Beitrag ausbezahlt werden kann, müssen mindestens 5 Jahre ab der letzten vorhergehenden implantologischen Behandlung desselben Elements vergangen sein.	SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet bis zum Höchstbetrag von €
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	525,00
Sinusbodenelevation	245,00
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkamms (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	245,00
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	35,00
Mini-Implantate inklusive Präzisionsverankerung	280,00



C.6.3. Prothetik

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für zahnärztliche prothetische Leistungen sowohl im Falle eines Unfalls als auch ohne Unfall, jedoch unterschiedlich, die im Folgenden angeführt sind:

PROTHETIK	Im Falle eines Unfalls erstattet SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bis zu einem Höchstbetrag von €	Liegt kein Unfall vor, erstattet SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bis zum Höchstbetrag von €
Damit die Rückerstattung erfolgen kann, müssen mindestens 2 Jahre ab der letzten vorhergehenden zahnprothetischen Behandlung desselben Elements vergangen sein.		
Provisorische entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	157,00	56,00
Endgültige entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	157,00	105,00
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	175,00	70,00
Herausnehmbare oder festsitzende Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen einschließlich Toronto Bridge und ähnliche	437,00	210,00
Einzelne Semipräzisions-/Präzisionsverankerung aus EMF ¹	52,00	35,00
Skelettiergerät (Struktur aus EMF ¹ oder EM ² , inklusive Elemente – je Bogen) einschließlich Maryland Bridge	455,00	210,00
Prothetische Krone aus EMF ¹ und Keramik	157,00	105,00
Prothetische Krone aus EM ² und Vollkeramik oder monolithische oder verblendete Zirkonkrone	175,00	70,00
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	26,00	17,00
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	50,00	35,00
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	52,00	37,00
Verblendkrone aus EM ² oder EM ² mit Kunstharz-Veneer oder EM ² mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	140,00	91,00
Provisorische verstärkte Krone (EMF ¹ oder EM ² – je Element)	44,00	28,00
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	42,00	28,00
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	33,00	28,00
Perio-Overdenture je Bogen (ausgenommen Stifte) z.B. All-on-4/5/6-Lösungen und dergleichen	437,00	210,00
Teleskopkrone je Element	157,00	105,00
Inlay, Onlay, Overlay	58,00	42,00

EMF¹ = Edelmetallfreie Legierungen EM² = Legierungen aus Edelmetall

Für die Inanspruchnahme der Erstattung von zahnprothetischen Leistungen im Falle eines Unfalls muss der Erste-Hilfe-Bericht beigelegt werden.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistungen der **MUNDHYGIENE UND PARODONTOLOGIE, DIAGNOSTIK, ZAHNERHALTUNG, CHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE, PROTHETIK** beläuft sich auf insgesamt 1.750,00 € pro Familiengemeinschaft.



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Kostenerstattung für zahnmedizinische Leistungen): Der erste Teil ist vom Begünstigten auszufüllen, der zweite Teil ist **unbedingt** vom Zahnarzt auszufüllen und von ihm zu unterschreiben und mit seinem Firmenstempel zu versehen. **Für Online-Ansuchen wird nur der zweite Teil benötigt!**
- Rechnungen oder Quittungen, einschließlich Akonto-Rechnungen, über die entstandenen Kosten (falls vorgesehen, mit Stempelmarke), aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Formular für zahnmedizinische Leistungen, vom Zahnarzt ausgefüllt und unterzeichnet. Dieses Dokument wird im Falle einer zahnärztlichen Visite oder einer Zahnsteinentfernung nicht benötigt.
- Erste-Hilfe-Bericht bei unfallbedingten zahnprothetischen Erstattungsleistungen

D. MEDIZINISCHE VORRICHTUNGEN UND GERÄTE

D.7 Orthopädische Hilfsmittel und Prothesen und Hörgeräte

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für den Kauf oder die Anleihe von Hörgeräten.

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben der Familiengemeinschaft.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Gesundheitskosten für den Kauf oder die Miete von orthopädischen Prothesen.

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben der Familiengemeinschaft.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die Anschaffung eines der folgenden medizinischen Hilfsmittel, wenn eine klinische Notwendigkeit nachgewiesen ist:

- Korsett C35
- Stabkorsett
- Gelenkorthese

Die Kostenerstattung erfolgt im Ausmaß von 60% der Gesamtausgaben der Familiengemeinschaft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung der oben genannten Kosten beläuft sich auf insgesamt 1.000,00 € pro Familiengemeinschaft.



Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten))
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Arztbericht, der die Verschreibung des Geräts/Hilfsmittels und die Pathologie enthält

E. GESUNDHEITSSCHUTZ

E.8 Geschlechtsspezifischer Gesundheitsschutz

E.8.1 Präventionspaket für gynäkologische Leistungen: Leistungen im Privatbereich (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende gynäkologische Vorsorgepaket:

- Gynäkologische Untersuchung und/oder Brustuntersuchung
- Zervix-Vaginalabstrich (Pap-Test) und/oder DNA-Test auf HPV
- gynäkologische oder transvaginale Routine-Ultraschalluntersuchung mit Ausnahme von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

Die Erstattung der gynäkologischen Leistungen gemäß Buchstaben b) und c) unterliegt einem Selbstbehalt von 20,00 € pro einzelner Quittung/Rechnung, der zu Lasten des Eingeschriebenen bleibt.

Das gynäkologische Vorsorgepaket wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle Leistungen unter a), b), c) gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag auch nur eine der vorgesehenen Leistungen, so gilt das Vorsorgepaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistung Präventionspaket für gynäkologische Leistungen beläuft sich auf insgesamt 150,00 € pro Leistungsempfänger.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben für Gynäkologie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)



- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.2 Brustkrebs-Präventionspaket für Frauen in der Altersgruppe 40-50 Jahre: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende Präventionspaket:

- Mammographie und/oder
- Ultraschall der Brust

Die Erstattung ist nur alle zwei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung vorgesehen und gilt nur für Eingeschriebene im Alter zwischen 40 und 50 Jahren.

Beide Leistungen können nur dann erstattet werden, wenn der Antrag für beide Leistungen gleichzeitig gestellt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag nur eine Leistung, so gilt das Präventionspaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Erstattung des Präventionspakets beträgt 100,00 €.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung der Ausgaben für Brustkrebs-Präventionspaket:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um eine Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.3 Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane ab dem 40. und bis zum 75. Lebensjahr: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für das folgende Vorsorgepaket:

- Fachärztliche urologische Untersuchung
- Ultraschalluntersuchung des Abdomens
- Zystoskopie
- Flussmetrie
- PSA



Die Erstattung der Leistungen erfolgt nur für Eingeschriebene zwischen 40 und 75 Jahren.

Die Kostenerstattung für die Leistungen unter a) und e) unterliegt keinen Einschränkungen.

Die Erstattung der Leistungen gemäß Buchstaben b), c) und d) unterliegt einem Selbstbehalt von 20,00 € pro einzelner Quittung/Rechnung, der zu Lasten des Eingeschriebenen bleibt.

Das Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle Leistungen unter a), b), c), d), e), gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag auch nur eine der vorgesehenen Leistungen, so gilt das Vorsorgepaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Der jährliche Höchstbetrag für die Leistung Vorsorge- und Behandlungspaket für Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane beläuft sich auf insgesamt 150,00 € pro Leistungsempfänger.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Kostenerstattung für Urologie:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.4 Andrologische Pathologien: spezifische Leistungen (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die Kosten für die andrologische Untersuchung.

Die Kosten für die andrologische Untersuchung werden in voller Höhe und ohne Einschränkungen erstattet.

Die Erstattung der Leistung erfolgt einmal alle drei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungs-



bestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden. Es muss angegeben werden, dass es sich um Vorsorgeuntersuchung handelt.

E.8.5 Mutterschaftspaket: (einschließlich der Leistungen, die vom Gesundheitspersonal auf freiberuflicher Basis innerhalb der öffentlichen Einrichtung erbracht werden)

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die während der Schwangerschaft anfallenden Gesundheitskosten für folgende Leistungen:

- a) Gynäkologische und geburtshilfliche Vorsorgeuntersuchungen (bis zu maximal 5 Visiten)
- b) Ultraschalluntersuchungen (bis zu maximal 4 Ultraschalluntersuchungen)
- c) Klinische Laboranalysen und diagnostische Untersuchungen, einschließlich hochdiagnostischer und hochspezialisierter Untersuchungen wie Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie und andere Untersuchungen, die der Gynäkologe/Geburtshelfer für erforderlich hält
- d) Genetische Untersuchungen
- e) Rehabilitationsleistungen nach der Entbindung: Beckenbodengymnastik nach der Entbindung.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die einzelnen medizinischen Leistungen, die im Mutterschaftspaket enthalten sind, zu 60%.

Das Mutterschaftspaket wird nur einmal im Kalenderjahr erstattet, unabhängig davon, ob die Erstattung für eine oder alle der Leistungen unter a), b), c) d), e) gemäß den oben genannten Einschränkungen beantragt wird. Enthält der erste Erstattungsantrag auch nur eine einzige vorgesehene Leistung, so gilt das Präventionspaket mit der ersten erstatteten Leistung als ausgeschöpft.

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.
- Schwangerschaftsbescheinigung

E.8.6 Hautkrebsvorsorge- und -behandlungspaket für Eingeschriebene zwischen 35 und 65 Jahren sowie Behandlung von Schuppenflechte und atopischer Dermatitis

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet nur die medizinischen Kosten für die dermatologische Untersuchung.

Die Erstattung der Kosten für dermatologische Untersuchungen ist nur für Eingeschriebene im Alter zwischen 35 und 65 Jahren vorgesehen.



SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet die Kosten für die dermatologische Untersuchung bis zu 60%.

Die Erstattung ist einmal alle zwei Jahre ab dem ersten Jahr der Gültigkeit dieser Leistungsordnung vorgesehen.

Nur für Eingeschriebene mit:

- mittelschwerer/schwerer Psoriasis (PASI \geq 10); und/oder
- schwerer atopischer Dermatitis, unabhängig vom Alter,

sieht SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS vor:

- Erstattung der Hotelkosten für Thermalkuraufenthalte (in Höhe von 40 € pro Tag bei einer Höchstdauer von 7 Tagen)
- die Erstattung der Kosten für Phototherapien (PUVA und Bade-PUVA) erfolgt zu 100 % ohne Selbstbeteiligung

Einzureichende Unterlagen zur Beantragung der Erstattung der Gesundheitsspesen:

- Eintrag über die App

oder:

- Vollständig ausgefüllter Antrag auf Kostenerstattung (→ Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitskosten)
- Rechnungen oder Quittungen über die entstandenen Kosten, aus denen hervorgeht, dass die Zahlung erfolgt ist. Wenn die Zahlung nicht auf der Rechnung angegeben ist, muss die Zahlungsbestätigung oder -quittung ebenfalls vorgelegt werden.

Die jährliche Verfügbarkeit für die Erstattung der Leistungen der in E.8 genannten Pakete beträgt insgesamt 4.000,00 € für die Familiengemeinschaft.

Ausschlüsse für Abschnitt 2 der vorliegenden Leistungsordnung

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstattet keine medizinischen Kosten für Leistungen im Falle von:

- I. Verletzungen aufgrund von Selbstmordversuchen oder als Folge eigener krimineller Handlungen oder Selbstverletzung;
- II. Krankheiten und Vergiftungen infolge von Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka, Gebrauch von Drogen und Betäubungsmitteln (außer zur therapeutischen Anwendung) oder Halluzinogenen;
- III. Unfälle, die sich aus der Ausübung folgender Sportarten ergeben: Luftfahrt, Motorsport, Autosport, Freeclimbing und Klettern sowie die Teilnahme an entsprechenden offiziellen oder inoffiziellen Wettkämpfen und Trainingsversuchen;
- IV. Unfälle bei professionellen Wettbewerben und damit zusammenhängenden Übungen und Trainings;



- V. Folgen von Krieg, Aufruhr, Unruhen, Aggressionen oder Gewalttaten mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen der Eingeschriebene freiwillig teilgenommen hat, sowie von terroristischen Handlungen;
- VI. unmittelbare oder mittelbare Folgen von nuklearer Verseuchung, Transmutation des Atomkerns sowie von Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Atomteilchen verursacht wird, ausgenommen zu therapeutischen Zwecken;
- VII. die Folgen von Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Seebeben;
- VIII. direkte oder indirekte Folgen von Pandemien;
- IX. Behandlungen und Eingriffe wegen der Folgen oder Komplikationen von Unfällen oder Krankheiten, die gemäß vorliegender Leistungsordnung nicht erstattungsfähig sind;
- X. psychiatrische, psychologische sowie psychotherapeutische Leistungen, die von privaten oder öffentlichen Einrichtungen oder Fachleuten erbracht werden;
- XI. logopädische und ergotherapeutische Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt erbracht werden;
- XII. ärztliche Leistungen, Behandlungen und Eingriffe bei Unfruchtbarkeit, männlicher und weiblicher Sterilität, künstlicher Befruchtung jeglicher Art, Impotenz, alle ärztlichen Leistungen und chirurgische Eingriffe, die auf die Veränderung der primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale abzielen oder sich daraus ergeben;
- XIII. Routineuntersuchungen ohne ärztliche Verschreibung und Untersuchungen, die von Allgemeinmediziner*innen durchgeführt werden;
- XIV. Präventivleistungen, die in der vorliegenden Leistungsordnung nicht ausdrücklich aufgeführt sind;
- XV. fachärztliche Untersuchungen durch Personen, die keinen Abschluss in Medizin und Chirurgie haben; ausgenommen sind physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, die in dieser Leistungsordnung geregelt sind;
- XVI. Dienstleistungen, Behandlungen und Eingriffe kosmetischer Natur sowie Leistungen betreffend Sportmedizin;
- XVII. Kosten im Zusammenhang mit Impfstoffen sowie Arzneimittel jeglicher Art;
- XVIII. Kosten für den Ankauf von orthopädischen Einlagen und Schuhen;
- XIX. Kosten, die in gesetzlich nicht zugelassenen Einrichtungen entstanden sind, oder Honorare von Ärzten, die für ihren Beruf nicht zugelassen sind;
- XX. medizinische Kosten im Zusammenhang mit Unfällen, die sich vor dem Beginn der Einschreibung im Fonds ereignet haben;
- XXI. Kosten im Zusammenhang mit ärztlichen Bescheinigungen für jedweden Zweck;
- XXII. Kosten im Zusammenhang mit der Aushändigung des Krankenberichtes sowie die Aushändigung von anderen Unterlagen in Papierformat oder auf magnetischen oder elektronischen Datenträgern;
- XXIII. Kosten für Führerscheine und Tauglichkeitsbescheinigungen jeglicher Art;
- XXIV. Kosten für Stempelgebühren oder Stempelmarken;



ABSCHNITT 3 - ALLGEMEINE REGELN FÜR ANTRÄGE UM ERSTATTUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN

Die vorliegende Leistungsordnung wird gemäß den Regeln der Abschnitte 1 und 2 der vorliegenden Leistungsordnung, auf die in vollem Umfang verwiesen wird, angewandt.

Der Gesundheitsplan ist weltweit gültig. Die dem Antrag auf Kostenerstattung beizufügenden Unterlagen müssen in italienischer, deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein. Dokumente in anderen Sprachen müssen von einer beglaubigten Übersetzung ins Italienische oder Deutsche begleitet sein.

Bei Anträgen auf Erstattung von Gesundheitskosten für die in den Abschnitten 1 und 2 dieser Leistungsordnung genannten Leistungen müssen die für die Erstattung der einzelnen Leistungen erforderlichen Unterlagen vorgelegt werden. Den Erstattungsanträgen sind nur Kopien der Rechnungen und zusätzliche Dokumente beizufügen, die SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt.

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS behält sich jedoch das Recht vor, vom Eingeschriebenen zusätzlich zu den in dieser Leistungsordnung angegebenen Unterlagen weitere Unterlagen anzufordern, um eine korrekte Bewertung des Antrages zu ermöglichen oder um die vorgelegten Unterlagen zu überprüfen. Akonto-Quittungen/Rechnungen, Abrechnungsbescheide pro forma oder andere nicht als Rechnungen erkennbare Unterlagen, aus denen der Betrag der Leistung hervorgeht, sind nicht erstattungsfähig.

Der Antrag auf Kostenerstattung, den der Eingeschriebene bei SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS einreicht, **muss bis spätestens 31. März des Folgejahres gestellt werden**; nach diesem Termin können keine Anträge mehr angenommen werden.

Erstattet werden nur die Gesundheitskosten, die durch Quittungen/Rechnungen belegt sind, die vom Eingeschriebenen vorgelegt und vom Arzt und/oder der Gesundheitseinrichtung im Zeitraum **vom 01.01.2026 bis zum 31.12.2026** auf den Eingeschriebenen ausgestellt wurden.

ABSCHNITT 4 – WIE MAN LEISTUNGEN BEANTRAGT

Unser Portal mySANI-FONDS ist eine einfache Möglichkeit, Anträge zu stellen. Auf der Website www.sani-fonds.it/handwerk unter „Eingeschriebene mySANI-FONDS (2024)“ können Sie sich im persönlichen Bereich anmelden. Das Portal kann sowohl auf einem PC als auch auf einem Tablet oder Smartphone benutzt werden.

Wie man sich registriert

Um sich zum ersten Mal zu registrieren: Besuchen Sie die Website www.sani-fonds.it/handwerk und klicken Sie im Bereich „LOGIN“ auf „Eingeschriebene mySANI-FONDS (2024)“. Innerhalb des Portals klicken Sie auf die Funktion „JETZT REGISTRIEREN“ und geben Sie Ihre Steuernummer und Ihre E-Mail-Adresse ein. Wir empfehlen Ihnen, immer eine persönliche E-Mail-Adresse zu verwenden und generische E-Mail-Adressen (z.B. office @..., info@...) zu vermeiden. Nachdem Sie auf „REGISTRIE-



REN“ geklickt haben, erhalten Sie eine Willkommens-E-Mail an die angegebene E-Mail-Adresse, die einen Link enthält, dem Sie folgen müssen, um die Registrierung abzuschließen und Ihr Konto zu aktivieren. Indem Sie auf den Aktivierungslink klicken, gelangen Sie auf die Anmeldeseite von mySANI-FONDS, von der aus Sie durch Eingabe Ihrer E-Mail-Adresse und eines Passwortes auf Ihren persönlichen Bereich zugreifen können. Nach dem Einloggen müssen Sie Ihre persönlichen Daten, Ihre Adresse und Ihre Bankverbindung angeben, bevor Sie mit dem Hochladen Ihres Antrags beginnen.

Wie Sie Ihr Passwort zurücksetzen können

Über die Funktion «LOGIN» können Sie Ihr Passwort zurücksetzen, indem Sie auf «Passwort vergessen?» klicken. Auf der sich öffnenden Bildschirmseite müssen Sie die E-Mail-Adresse eingeben, mit der Sie sich bei mySANI-FONDS registriert haben. Sie erhalten dann einen Link, dem Sie folgen müssen, um die Wiederherstellung des Passwortes abzuschließen. Wenn Sie anschließend auf den Link klicken, kehren Sie zum Portal zurück, wo Sie ein neues Passwort generieren können. Nachdem Sie mit „SENDEN“ bestätigt haben, können Sie mit Ihrer E-Mail-Adresse und dem neuen Passwort auf den persönlichen Bereich zugreifen.

Alternativ können Sie Ihre Erstattungsanträge auch per Post schicken oder direkt bei der Geschäftsstelle des Fonds abgeben. Verwenden Sie dazu das entsprechende Formular, das auf der Website www.sani-fonds.it/handwerk unter der Rubrik FORMULARE veröffentlicht ist. Per E-Mail eingereichte Erstattungsanträge werden nicht angenommen.

Aktualisierung der persönlichen Daten

Es ist empfehlenswert, die Gültigkeit der eingegebenen persönlichen Daten regelmäßig zu überprüfen. Die regelmäßige Aktualisierung der Daten trägt dazu bei, dass die Anträge korrekt bearbeitet werden und eventuelle Benachrichtigungen von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS rechtzeitig erhalten werden können.

Im Benutzermenü unter „Mein Profil“ kann man folgende Daten einsehen und aktualisieren:

- die Sprache der Mitteilungen von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS,
- die Privatadresse, an die SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS die Postmitteilungen schickt,
- die Korrespondenzadresse, falls die Mitteilungen von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS an eine andere Adresse als die Wohnanschrift geschickt werden sollen,
- die Telefonnummer,
- die Bankverbindung.

Unter „E-Mail“ und „Passwort“ können die E-Mail-Adresse und das Passwort verwaltet werden. Die eingegebene E-Mail-Adresse entspricht dem Benutzernamen für den Zugriff auf das mySANI-FONDS-Portal. Wenn die E-Mail-Adresse geändert wird, darf man nicht vergessen, bei der nächsten Anmeldung die neue E-Mail-Adresse als Benutzernamen zu verwenden.



So beantragen Sie eine Leistung

Um eine Leistung über den mySANI-FONDS-Mitgliederbereich zu beantragen, wählen Sie „NEUER ANTRAG“ aus dem Menü und wählen dann den Bereich der Leistung, für die Sie eine Erstattung beantragen möchten. Laden Sie die Rechnung und alle anderen erforderlichen Dokumente hoch. Durch Klicken auf die Schaltfläche „JETZT EINREICHEN“ können Sie Ihren Antrag sofort einreichen. Alternativ können Sie einen Entwurf Ihres Antrags speichern, indem Sie „ZURÜCK ZUR LISTE“ wählen, und ihn später vervollständigen und einreichen. Unter „MEINE ANTRÄGE“ im Abschnitt „EINGEREICHTE ANTRÄGE“ finden Sie die Liste der eingereichten Anträge. Anträge, die noch nicht abgeschlossen sind, finden Sie in der Rubrik „ENTWÜRFE“.

Das Portal ermöglicht die kombinierte Nutzung von PC, Tablet und Smartphone. So können Sie Ihre Dokumente mit dem Smartphone abfotografieren, hochladen und anschließend Ihren Antrag am PC ausfüllen und einreichen.

Bearbeitungsstatus der Anträge

Im Portal mySANI-FONDS wird für jede Rückerstattung der aktuelle Bearbeitungsstatus in Echtzeit angezeigt.

WARTEND

Die Rückerstattung von Ausgaben kann nur dann beantragt werden, wenn der Antragsteller zum Zeitpunkt der Ausstellung der Saldorechnung ordnungsgemäß in SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS eingeschrieben war. Falls die Einschreibung in den Fonds nicht erfolgt ist und/oder der Beitrag nicht vollständig gezahlt wurde, bleibt der Erstattungsantrag bis zu 60 Tage nach der Einreichung im Status WARTEND, danach wird er automatisch abgelehnt. Anträge im Status WARTEND können über die Schaltfläche „bearbeiten“ in den ENTWURF-Status zurückversetzt und anschließend überarbeitet werden.

ÜBERMITTELT oder IN BEARBEITUNG

Der Erstattungsantrag ist bei SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS eingegangen bzw. wird bearbeitet. Die Anträge werden in chronologischer Reihenfolge des Eingangs bei SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bewertet und in der Regel innerhalb von 120 Tagen abgeschlossen. Anträge im Status ÜBERMITTELT oder IN BEARBEITUNG können nicht mehr abgeändert werden.

ZU ERGÄNZEN

Es kann vorkommen, dass ein Antrag zusätzliche Unterlagen erfordert, die zu ergänzen sind. In diesem Fall informiert SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS den Eingeschriebenen per E-Mail und ersucht ihn, in mySANI-FONDS einzusteigen. Auf dem Portal wird eine neue Nachricht mit Angaben zu den fehlenden Dokumenten angezeigt, die durch Hochladen von Dateien zur Vervollständigung des Antrags ergänzt werden können. Die ergänzenden Dokumente müssen spätestens 60 Tage nach dem Antrag bei SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS eingegangen sein. Nach Ablauf dieser Frist wird der An-



trag automatisch abgelehnt, kann aber zusammen mit den vervollständigten Erstattungsunterlagen erneut eingereicht werden, spätestens jedoch bis zum 31. März des Jahres, das auf das Datum der Ausstellung des Spesenbelegs folgt.

ERSTATTET

Der Erstattungsantrag wurde bearbeitet und die Erstattung wurde an die angegebene Bankverbindung überwiesen. Der Eingeschriebene wird per E-Mail darüber informiert, dass die Leistungsabrechnung verfügbar ist und direkt vom mySANI-FONDS-Portal heruntergeladen werden kann. Die Aufstellung enthält die Einzelheiten der Erstattung und den überwiesenen Betrag.

NICHT ERSTATTBAR

Der Erstattungsantrag wurde bearbeitet, die beantragte Leistung ist jedoch nicht erstattbar. Möglicherweise sieht die Leistungsordnung die Erstattung der Leistung nicht vor oder die in der Leistungsordnung festgelegten Höchstbeträge und Limits wurden bereits ausgeschöpft.

ABGELEHNT

Der Erstattungsantrag wurde abgelehnt und archiviert. Den Grund für die Ablehnung wird vom Fonds per E-Mail mitgeteilt.

Jährliche Zusammenfassung der von SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erstatteten Leistungen

In den ersten Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres erstellt SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS automatisch die jährlichen Zusammenfassungen. Der Eingeschriebene wird per E-Mail informiert, sobald die Jahreszusammenfassung verfügbar ist, die direkt vom mySANI-FONDS-Portal heruntergeladen werden kann.

Wichtiger Hinweis

Der Originaltext dieser Leistungsordnung ist in italienischer Sprache verfasst. Bei sprachlichen Unklarheiten und im Zweifelsfall gilt der italienische Text.

Beschlossen am 16.12.2025 von der Delegiertenversammlung des Südtiroler Sanitätsfonds - Fondo Sanitario Alto Adige.



Alle Leistungen der Leistungsordnung

finden Sie auch unter: **www.sani-fonds.it/handwerk**

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS

Rechtssitz: Marie-Curie-Straße 15

Operativer Sitz: Marie-Curie-Straße 17

39100 Bozen

Telefon 0471 19 642 40

e-mail: info@sani-fonds.it

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag

9 Uhr bis 12 Uhr

und von 14 bis 16 Uhr

Bei Beschwerden, die das Vertragsverhältnis
oder die Abwicklung der Rückerstattung betreffen,
wenden Sie sich bitte an: reclamation@sani-fonds.it