

LEISTUNGSORDNUNG

SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS SEKTOR BAU - 2026

Gültig vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026

Inhalt

ABSCHNITT 1 - Leistungen für das Mitglied und seine Familiengemeinschaft	4
ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN	4
1. CHIRURGISCHE STATIONÄRE AUFNAHMEN	4
a) Patiententransport	6
b) Transplantation	6
c) Neugeborene	6
d) Ersatzentschädigung für Leistungen vor und nach dem stationären Aufenthalt	6
2. AMBULANTE FACHLEISTUNGEN	9
2.1 Fachärztliche Untersuchungen	9
a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	9
b) Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)	10
2.2 Instrumentaldiagnostik (Laboruntersuchungen ausgenommen)	11
a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	11
b) Privatbereich	11
2.3 Laboruntersuchungen und Notaufnahme	12
2.4 Physiotherapie und Rehabilitation	13
a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	13
b) Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)	14
3. VORSORGE	15
3.1 Grundvorsorge - ab 18 Jahren	15
3.2 Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen	15
a) Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen der weiblichen Genitalien	15
b) Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen der Brust	16
c) Prostatakrebsvorsorge	16
3.3 Vorsorge im Herz-Kreislauf-Bereich	17
4. LINSEN UND BRILLEN	17
4.1 Augenärztliche Untersuchungen	17
4.2 Fassungen und Linsen	17
5. ORTHOPÄDISCHE PROTHESEN, HÖRPROTHESEN UND HILFSMITTEL	18
5.1 Orthopädische Prothesen und Hörprothesen	18
5.2 Hilfsmittel	18
6. ZAHNHEILKUNDE	19
6.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	19
6.2 Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)	19

a) Vorbeugende zahnärztliche Leistungen (Mundhygiene)	19
b) Implantologie	20
c) Zahnmedizinische chirurgische Eingriffe	21
d) Zahnmedizinische Behandlungen zur Zahnerhaltung	22
e) Zahnprothesen.	22
7. KIEFERORTHOPÄDIE	23
7.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	23
7.2 Privatbereich	23
8. SCHWANGERSCHAFT/MUTTERSCHAFT	24
8.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)	24
8.2 Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)	24
9. CHRONISCH KRANKE	25
9.1 Fachärztliche Untersuchungen und diagnostische Untersuchungen für chronische Erkrankungen	25
9.2 Medizinische Hilfsmittel für chronische Erkrankungen	26
10. ARBEITSUNFALL ODER SCHWERE ERKRANKUNGEN	27
11. LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN TARIFEN	28
ABSCHNITT 3 - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN.	28
ABSCHNITT 4 - MODALITÄTEN FÜR DIE BEANTRAGUNG DER LEISTUNGEN	29

ABSCHNITT 1 - Leistungen für das Mitglied und seine Familiengemeinschaft

Der Abschnitt 1 des vorliegenden Dokuments bezieht sich auf Zusatzleistungen, die jene des nationalen Gesundheitsdienstes bzw. des Landesgesundheitsdienstes ergänzen, vervollständigen und/oder ersetzen („**Leistungen**“) und die direkt vom SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS („**Fonds**“ oder „**SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS**“) durch die Rückerstattung der Gesundheitskosten zugunsten folgender Leistungsberechtigten („**Leistungsberechtigte**“) erbracht werden:

- I) Arbeiter (und Lehrlinge) sowie die Angestellten der Unternehmen, die in der Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen eingeschrieben sind, die aufgrund der Vereinbarungen gemäß Art. 5.1 des Statutes dem Fonds beitreten und sich durch eine der Fondsmitglieder des Bausektors vertreten wissen und die vom Fonds vorgesehenen Bedingungen, im Hinblick auf Leistungen und Beitragszahlung gemäß Art. 6.1, Absatz (ii) des Statutes annehmen, (nachstehend auch „**beitretendes Mitglied**“),
- II) unterhaltspflichtigen und im selben Haushalt lebenden Ehegatten und/oder unterhaltspflichtigen Kinder (letztere im selben Haushalt lebend und nicht im selben Haushalt lebend), welche vom „beitretenden Mitglied“ in den Fonds eingeschrieben werden „**Leistungsberechtigte**“ oder gemeinsam „**Familiengemeinschaft zu Lasten des Mitglieds**“ bezeichnet.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEISTUNGEN

1. CHIRURGISCHE STATIONÄRE AUFNAHMEN

Mit stationärer Aufnahme (gewöhnlicher Aufenthalt, Tagesaufenthalt, Day Surgery) ist der Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung **infolge von Krankheit oder eines Unfalls** mit mindestens einer Übernachtung gemeint. **Der reine Zugang bzw. die Behandlung in der Notaufnahme stellen keine Aufnahme dar.**

Rückvergütet werden die Ausgaben für chirurgische Eingriffe gemäß Anlage 1, denen **das Mitglied und seine Familie** unterzogen werden. Dabei gelten für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung folgende Höchstbeträge¹:

- **90.000,00 EUR** für Leistungen zugunsten des **Mitglieds**
- **135.000,00 EUR** für Leistungen zugunsten der **Familiengemeinschaft**

Diese Höchstbeträge gelten **nach Abzug des Beitrages des Südtiroler Sanitätsbetriebes, der indirekt geleistet wird, sofern er vom Mitglied** empfangen wurde.

Bei einem chirurgischen Eingriff gemäß Anlage 1 werden ausschließlich folgende Leistungen rückerstattet:

¹ Wird während der Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung der vorgesehene Höchstbetrag erreicht, können keine weiteren Leistungen beansprucht werden. Die Deckung beginnt wieder im darauffolgenden Jahr für die Vorfälle, die sich im neuen Gültigkeitszeitraum ereignen. Ereignisse aus dem Vorjahr werden nicht mehr rückvergütet.



Leistungen vor der stationären Aufnahme	Laboranalysen, diagnostische Untersuchungen und fachärztliche Untersuchungen, die in den 50 Tagen vor Beginn des Aufenthaltes (Aufnahmedatum) durchgeführt und auf die Krankheit oder den Unfall, die Grund für die Aufnahme sind, zurückzuführen sind. Für diese Leistungen ist eine Rückerstattung mit einer Untergrenze für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung in Höhe von 1.000,00 EUR , die mit den Leistungen nach dem stationären Aufenthalt geteilt wird, pro Familiengemeinschaft vorgesehen.
Chirurgischer Eingriff	Etwaige Honorare der Fachkräfte, die (laut OP-Bericht) am Eingriff teilnehmen, Operationssaalgebühren und OP-Material, einschließlich der Endoprothetik.
Ärztliche Betreuung, Medikamente, Therapien	Ärztliche und pflegerische Leistungen, fachärztliche Beratungen, Medikamente, Laboranalysen, diagnostische Untersuchungen und physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen während des stationären Aufenthaltes.
Tagessätze für den Aufenthalt	Nebenkosten und/oder nicht erforderliche Ausgaben, die vom Patienten beantragt werden (Luxusausgaben), fallen nicht in den Geltungsbereich der Leistungsordnung. - Bei stationärer Aufnahme in Privateinrichtungen oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübten Tätigkeiten (Intramoenia): Rückvergütung der getätigten Ausgaben bis zu 300,00 EUR pro Tag. - Bei stationärer Aufnahme in öffentlichen Einrichtungen oder Privateinrichtungen, die mit dem nationalen bzw. dem Gesundheitsdienst der Provinz vertragsgebunden sind, greift die Deckung gemäß Punkt d) Ersatzentschädigung. Sollte das Mitglied während des Aufenthaltes auch Ausgaben für die Verpflegung und Übernachtung zu tragen haben, ist die vollkommene Rückerstattung der getätigten Ausgaben zusätzlich zum Gesamtbetrag der Ersatzentschädigung vorgesehen.
Begleitperson	Rückvergütung des Tagessatzes für Verpflegung und Übernachtung der Begleitpersonen in der sanitären Einrichtung oder in einem gastgewerblichen Betrieb mit einem Höchstbetrag von 50,00 EUR pro Tag für höchstens 30 Tage pro stationären Aufenthalt .
Persönliche private Krankenpflege	Rückvergütung für persönliche Krankenpflege bis zu 60,00 EUR pro Tag und höchstens 30 Tage pro Aufenthalt .
Leistungen nach dem stationären Aufenthalt	Untersuchungen und diagnostische Untersuchungen, Medikamente, ärztliche, chirurgische und pflegerische Leistungen (letztere nur, wenn der entsprechende Antrag zum Zeitpunkt der Entlassung von der Einrichtung bescheinigt wird), physiotherapeutische oder rehabilitative Behandlungen und Thermalkuren (auf jeden Fall mit Ausschluss von Verpflegung und Unterkunft), die in den 50 Tagen nach Beendigung des stationären Aufenthaltes (Datum der Entlassung) durchgeführt werden und die aufgrund der Krankheit oder des Unfalls, welche die stationäre Aufnahme bedingt haben, erforderlich sind. Inbegriffen sind auch die Medikamente, die vom Facharzt bei der Entlassung aus der Einrichtung verschrieben werden. Für diese Leistungen ist eine Rückerstattung pro Jahr und pro Familiengemeinschaft in Höhe von 1.000,00 EUR vorgesehen , die mit den Leistungen vor der stationären Aufnahme geteilt wird.



a) Patiententransport

Der Sanitätsfonds erstattet die Ausgaben für die Beförderung mit dem Krankenwagen, einem Hubschrauber oder einem sanitären Flugzeug bis zur aufnehmenden Einrichtung, für den Transfer von einer Einrichtung zur anderen und für die Rückkehr nach Hause bis zu einer Höchstgrenze von **500,00 EUR**.

b) Transplantation

Bei der Transplantation von Organen oder Teilen von Organen werden die Ausgaben gemäß dem Punkten a), b) und c) mit den darin angegebenen Höchstgrenzen sowie die Ausgaben rückerstattet, die für die Entnahme aus dem Organspender erforderlich sind, einschließlich der Ausgaben für den Transport des Organs. Die Leistungen vor der stationären Aufnahme umfassen auch die pharmazeutischen Behandlungen zur Vorbeugung von Abstoßreaktionen. Stammt das Organ von einem lebenden Spender, garantiert der Gesundheitsplan auch die Ausgaben für die Leistungen, die während des Aufenthaltes des Spenders aus folgenden Gründen entstehen:

- diagnostische Untersuchungen
- ärztliche und krankenschwägerische Betreuung
- chirurgischer Eingriff
- Therapien
- Medikamente
- Tagessätze für den Aufenthalt

c) Neugeborene

Für jedes neugeborene Kind wird für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung ein Höchstbetrag bis zu **10.000,00 EUR** für Ausgaben wegen chirurgischer Eingriffe rückerstattet, die in den **ersten drei Lebensjahren** zur Berichtigung von angeborenen Fehlbildungen vorgenommen werden. Inbegriffen sind die Untersuchungen, die diagnostischen Untersuchungen vor und nach dem Eingriff sowie der Tagessatz für Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson in der Einrichtung oder in einem gastgewerblichen Betrieb für die Dauer des Aufenthaltes.

d) Ersatzentschädigung für Leistungen vor und nach dem stationären Aufenthalt

Beantragt das Mitglied weder für die stationäre Aufnahme (für die chirurgischen Eingriffe laut Liste in Anlage 1) noch für andere damit verbundene Leistungen (mit Ausnahme etwaiger Ausgaben, die während dieses Aufenthaltes für die Verpflegung und Unterkunft oder für Tickets anfallen) eine Rückerstattung, so hat es Anspruch auf eine Entschädigung in Höhe von **150,00 EUR pro Tag stationärer Aufnahme für höchstens 90 Tage pro Aufenthalt** (der erste und letzte Tag in der Einrichtung gelten als ein einziger Tag, unabhängig von der Uhrzeit der Aufnahme und der Entlassung).

Die Ausgaben für Leistungen vor und nach dem stationären Aufenthalt werden in diesem Fall ohne Selbstbeteiligungen rückerstattet und unterliegen **einem Höchstbetrag für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung pro Familiengemeinschaft in Höhe von 1.000,00 EUR**.



Anlage 1: Chirurgische Eingriffe während gedeckter Aufenthalte

Onkologische Erkrankung	Jegliche bösartige Neubildung an Organen oder Apparaten. Für die Rückerstattung ist die Bescheinigung der Gewebe- oder zytologischen Biopsie erforderlich (mit Ausstellung nach dem chirurgischen Eingriff)
Neurochirurgie	• Neurochirurgische Eingriffe durch Schädelöffnung oder oral • Kranioplastische Eingriffe • Transphenoidaler Eingriff an der Hypophyse • Entfernung von Orbitatumoren • Entfernung von Raumforderungen an der Wirbelsäule (innerhalb oder außerhalb des Knochenmarks) • Eingriffe wegen Bandscheibenvorfall im Nackenbereich und/oder Myelopathien sonstiger Art im Nackenbereich mit anteriorem oder posteriorem Zugang • Eingriffe am Armplexus
Augenheilkunde	• Eingriff zur Augapfelentfernung • Grauer Star und Eingriffe am Linsenkörper mit eventueller Vitrektomie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	• Entfernung von papillaryngealen Tumoren, des Gaumenzäpfchens und der Stimmbänder • Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette • Eingriff wegen Neurinom des achten Nervus cranialis
Halschirurgie	Entfernung der gesamten Schilddrüse
Chirurgie am Atemapparat	• Eingriffe wegen Bronchusfisteln • Eingriffe wegen Lungenechinokokkose • Pneumektomie, ganz oder teilweise • Eingriffe wegen nasaler Polypose
Herz-Kreislauf-Chirurgie	• Herzoperationen mit Thoraxöffnung • Eingriffe an großen Thoraxgefäßen mit Thoraxöffnung • Eingriffe an der Bauchorta mit Bauchhöhleneröffnung • Endarteriektomie der Halsschlagader und der Wirbelarterie • Dekompression der Wirbelarterie im querlaufenden Foramen • Eingriffe wegen Aneurysma: Resektion und Transplantation mit Prothese • Entfernung von Karotis-Glomustumor • Saphenektomie für große Gefäße (nur Venenknotten der Vena Saphena Magna)



Chirurgie Verdauungsapparat	• Bariatrische Chirurgie Sleeve Gastrectomy für BMI > 40 • Eingriffe zur Resektion der Speiseröhre (der ganzen oder von Teilen) • Eingriffe mit Speiseröhrenplastik • Eingriffe wegen Megaösophagus • Eingriff wegen Magenfistel • Vollständige Kolektomie, Hemikolektomie und Resektion bei Rektokolik, mit anteriorem Zugang (mit oder ohne Kolostomie) • Eingriffe zur Amputation des Rektum-Anus • Eingriffe wegen Megakolon, mit anteriorem Zugang oder abdominoperineal • Exhärese von retroperinealen Tumorerkrankungen • Drainage Leberabszess • Leisten- und Schenkelhernie (mit Ausschluss aller anderen Hernien der Bauchwand) • Eingriffe wegen Leberechinokokkose • Leberresektionen • Magenresektion wegen nicht behandelbarer Geschwüre • Eingriffe wegen Rekonstruktion der Gallengänge • Chirurgische Eingriffe wegen portaler Hypertension • Eingriffe wegen akuter oder chronischer Pankreatitis mit Bauchhöhleneröffnung • Eingriffe wegen Zysten, Pseudozysten oder Pankreasfisteln mit Bauchhöhleneröffnung
Urologie	• Adrenalektomie • Blasenrekonstruktion mit oder ohne Ureterosigmoideostomie • Harnsteinkrankheit
Gynäkologie	• Hysterektomie, ev. mit Adnexektomie
Orthopädie und Traumatologie	• Eingriffe wegen Halsrippe • Eingriffe zur Wirbelsäulenstabilisierung • Eingriffe zur Resektion von Wirbelkörpern • Behandlung von Dysmetrien und/oder Abweichungen der unteren Gliedmaßen mit externen Implantaten • Eingriffe zur Entfernung von Knochentumoren • Eingriffe für Prothesen an Schulter, Ellbogen, Hüfte oder Knie • Eingriffe am Karpaltunnel und am schnellenden Finger
Kieferchirurgie	Kieferchirurgische Eingriffe bei Mutilationen nach Unfällen und Beeinträchtigung der Funktionskapazitäten von über 25 %
Organtransplantationen	Alle



Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung für den Bereich Stationäre Aufnahme beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ein ausgefülltes und unterzeichnetes Gesuch um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) OP-Bericht
- 3) Kopie des Entlassungsschreibens. Sollten die Unterlagen unvollständig oder für die Rückerstattung nicht ausreichend sein, kann der Fonds jederzeit eine Kopie der Patientenakte oder andere Unterlagen, die für die erforderlichen Überprüfungen notwendig sind, anfordern
- 4) Ärztliche Verschreibung für Medikamente, Untersuchungen und diagnostische Untersuchungen und andere Leistungen und/oder Behandlungen nach dem stationären Aufenthalt
- 5) Rechnungen oder Zahlungsbelege oder Tickets der bezahlten Ausgaben mit Angabe der Bezahlung. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

2. AMBULANTE FACHLEISTUNGEN

2.1 Fachärztliche Untersuchungen

Rückvergütet werden die Ausgaben für fachärztliche Untersuchungen, die **das Mitglied und seine Familiengemeinschaft** in Anspruch nehmen und die im Tarifverzeichnis der fachärztlichen ambulanten Leistungen der Autonomen Provinz Bozen angeführt sind (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>).

a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Die Rückvergütung für fachärztliche Untersuchungen in öffentlichen Einrichtungen oder in privaten Einrichtungen/bei freiberuflich Tätigen, die mit dem nationalen Gesundheitsdienst oder dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, erfolgt infolge von Krankheit oder Unfall, einschließlich einer psychiatrischen Erstuntersuchung, um das Bestehen einer Krankheit zu erheben. Ausgeschlossen sind zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen sowie die Untersuchungen für chronisch Kranke in Bezug auf die ermittelte chronische Krankheit (siehe dazu die spezifische Leistung für chronisch Kranke in Kapitel 10); ausgeschlossen sind auch Untersuchungen, die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme und/oder in der Intensivbeobachtungseinheit durchgeführt werden:

Die Rückvergütung beträgt 100 % der Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben (Ticket).



Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Beleg des bezahlten Tickets. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen sein. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

b) Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)

Die Rückvergütung für fachärztliche Untersuchungen in privaten Einrichtungen, bei freiberuflich Tätigen oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübten Tätigkeiten (Intramoenia) erfolgt infolge von Krankheit oder Unfall, einschließlich einer psychiatrischen Erstuntersuchung, um das Bestehen einer Krankheit zu erheben. Ausgeschlossen sind zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen sowie die Untersuchungen für chronisch Kranke in Bezug auf die ermittelte chronische Krankheit (siehe dazu die spezifische Leistung für chronisch Kranke in Kapitel 10).

Es werden 100 % der getätigten Ausgaben rückvergütet. Zu Lasten des Mitglieds bleiben 25,00 EUR pro Facharztuntersuchung, unter Beachtung folgender Deckungssummen für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung:

- **1.050,00 EUR** für Leistungen zugunsten des **Mitglieds**
- **1.575,00 EUR** für Leistungen zugunsten der **Familiengemeinschaft**

Ausgeschlossen sind die Facharztuntersuchungen:

- die von Personen ohne Hochschulabschluss in Medizin und Chirurgie geleistet werden,
- die im Rahmen einer stationären Aufnahme durchgeführt werden, da diese bereits über den Bereich stationäre Aufnahme (Kapitel 1) gedeckt sind,
- die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme ausgeführt werden.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der erfolgten Zahlung. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden. Auf dem Ausgabenbeleg muss die durchgeführte fachärztliche Untersuchung angegeben sein. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen werden



2.2 Instrumentaldiagnostik (Laboruntersuchungen ausgenommen)

Rückvergütet werden die Ausgaben für Leistungen der instrumentellen Diagnostik, die **für das Mitglied und seine Familiengemeinschaft** erbracht wurden und im Tarifverzeichnis der ambulanten Fachleistungen der Autonomen Provinz Bozen enthalten sind (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>). Ausgeschlossen sind die Leistungen im Laborbereich (siehe dazu die Labor- und Erste-Hilfe-Leistungen, Kapitel 2.3).

a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für Leistungen öffentlicher oder privater Gesundheitseinrichtungen/von Freiberuflern, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, beträgt die Rückvergütung **100 % der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten (Ticket)**. Ausgeschlossen sind folgende Leistungen:

- Leistungen, die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme und/oder in der Intensivbeobachtungseinheit durchgeführt werden,
- Leistungen für chronisch Kranke in Bezug auf die ermittelte chronische Krankheit (siehe dazu die spezifische Leistung für chronisch Kranke in Kapitel 10).

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Beleg des bezahlten Tickets. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen sein. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

b) Privatbereich

Für die Leistungen, die von privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Ärzten oder innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia) erbracht werden, wird eine Rückerstattung in Höhe von **100 % der getätigten Ausgaben gewährt. Zu Lasten des Mitglieds bleiben 35,00 EUR pro Leistung. Es gelten folgende Grenzbeträge für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung:**

- **7.000,00 EUR** für Leistungen zugunsten des **Mitglieds**
- **10.500,00 EUR** für Leistungen zugunsten der **Familiengemeinschaft**

Ausgeschlossen sind Leistungen,

- die im Rahmen einer stationären Aufnahme durchgeführt werden, da diese bereits über den Bereich stationäre chirurgische Aufnahme (Kapitel 1) gedeckt sind,
- die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme ausgeführt werden,
- die chronisch Kranken in Bezug auf die ermittelte chronische Krankheit (siehe dazu die spezifische Leistung für chronisch Kranke in Kapitel 10) geliefert werden.



Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Ärztliche Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder ärztlicher Befund mit Angabe der festgestellten Krankheit/Diagnose
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der erfolgten Zahlung. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden. Auf dem Ausgabenbeleg muss die durchgeführte Fachleistung angegeben sein. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die gelieferte Leistung ausgewiesen werden

2.3 Laboruntersuchungen und Notaufnahme

Rückvergütet werden die angefallenen Kosten für Leistungen, die **dem Mitglied und seiner Familie** ausschließlich in öffentlichen oder privaten Einrichtungen bzw. von freiberuflich tätigen Fachkräften, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, geliefert werden und zwar:

- 1) Laborleistungen, die im geltenden Tarifverzeichnis der ambulanten fachärztlichen Leistungen der Autonomen Provinz Bozen angegeben sind (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>).
- 2) Kostenbeteiligungen für den Zugang zur Notaufnahme

Die Rückvergütung erfolgt in Höhe von **100 % der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten (Ticket)**. **Es gelten folgende Höchstbeträge für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung:**

- **500,00 EUR** für Leistungen zugunsten des **Mitglieds**
- **750,00 EUR** für Leistungen zugunsten der **Familiengemeinschaft**

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Beleg des bezahlten Tickets. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen sein. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



2.4 Physiotherapie und Rehabilitation

Rückvergütet werden die angefallenen Kosten für Leistungen zugunsten **des Mitglieds und seiner Familie** zur physiotherapeutischen rehabilitativen Behandlung infolge von **Unfall sowie für rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu einer vorübergehenden Invalidität führen.**

Und zwar:

- vorläufig behindernde Herz-Kreislauf-Krankheiten
- vorläufig behindernde neurologische Krankheiten
- vorläufige Prothesen an den Gliedmaßen
- hochgradige Spontanfrakturen mit vorläufiger Beeinträchtigung

Die Rückvergütung steht im Rahmen folgender Deckungssummen für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung zu:

- **350,00 EUR** für Leistungen zugunsten des **Mitglieds**
- **525,00 EUR** für Leistungen zugunsten der **Familiengemeinschaft**

In allen anderen Fällen (die **nicht** auf Unfall zurückzuführen sind und bei anderen als den oben angeführten Pathologien) steht die Rückvergütung der für die Leistungen getragenen Kosten nur **dem Mitglied bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 EUR** für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung und bis zur Ausschöpfung des für diese Leistung festgelegten Budgets zu.²

Um die Erstattung der Kosten für Physiotherapie- und Rehabilitationsleistungen beantragen zu können, ist immer die Verschreibung eines „Hausarztes“ oder eines Facharztes erforderlich, dessen Fachgebiet mit der Diagnose in Zusammenhang steht. Die Leistung muss von einem in der Rehabilitationstherapie qualifizierten Fachkraft erbracht werden, dessen Qualifikation nachgewiesen werden muss.

Auf jeden Fall werden folgende Leistungen nicht rückvergütet:

- Lymphdrainage, Pressotherapie, Shiatsu, Akupunktur
- Leistungen, die in Sportzentren, Turnhallen, Schönheitszentren, Wellness- und Medicalcentern und Wellnesshotels ausgeführt werden, auch wenn diese einer Klinik gleichgestellt sind.

a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für Leistungen öffentlicher oder privater Einrichtungen, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, beträgt die Rückvergütung **100 % der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten (Ticket)**, vorbehaltlich der oben angeführten Deckungssummen. Rückvergütet werden die Ausgaben für Leistungen, die im Tarifverzeichnis der ambulanten Fachleistungen der Autonomen Provinz Bozen enthalten sind (<https://gesundheit.provinz.bz.it/de/tarife-ambulante-fachaerztliche-leistungen>).

² Für diese Leistung sieht der Fonds ein Jahresbudget vor. Das Budget für den Zeitraum, in dem diese Leistungsordnung gilt, beträgt 10.000 EUR. Die Rückvergütung wird bis zur Ausschöpfung dieses Budgets gewährleistet.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder der diagnostischen Fragestellung des Allgemeinmediziners oder Facharztes mit Spezialisierung im Bereich der gemeldeten Pathologie
- 3) Bescheinigung der Notaufnahme bei Unfällen
- 4) Krankschreibung bei Krankheiten mit vorübergehender Invalidität
- 5) Beleg des bezahlten Tickets. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen sein. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

b) Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)

Für die Leistungen, die von privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Ärzten oder innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia) geliefert wurden, wird ein Betrag in Höhe von **100 % der getätigten Ausgaben rückvergütet. Zu Lasten des Mitglieds bleiben 25,00 EUR pro Therapiezyklus**, unbeschadet der obengenannten Grenzbeträge.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Verschreibung mit Angabe der Verdachtsdiagnose oder der diagnostischen Fragestellung des Allgemeinmediziners oder Facharztes mit Spezialisierung im Bereich der gemeldeten Pathologie
- 3) Krankschreibung bei Krankheiten mit vorübergehender Invalidität
- 4) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der durchgeführten Leistung und der erfolgten Zahlung. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Bezahlung der durchgeführten Leistung bzw. die Quittung beigelegt werden. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die gelieferte Leistung ausgewiesen werden



3. VORSORGE

Der Fonds sieht für **das Mitglied und seine Familiengemeinschaft** die nachstehend angegebenen Leistungen vor. Die Leistungen werden nur einmal im gesamten Gültigkeitszeitraum der Leistungsordnung rückvergütet und müssen in einem einzigen Antrag um Rückvergütung beantragt werden.

3.1 Grundvorsorge - ab 18 Jahren

- Alanin-Aminotransferase (ALT)
- Aspartat Aminotransferase AST
- HDL-Cholesterin
- Gesamtcholesterin
- Kreatinin
- Blutbild und morphologische Untersuchung
- Gamma GT
- Blutzucker
- Triglyzeryde
- Partielle Thromboplastinzeit (PTT)
- Prothrombinzeit (PT)
- Harnstoff
- BKS
- Chemisch-physikalische und mikroskopische Harnuntersuchung
- PAP-Test (für Frauen)

3.2 Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen

a) Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen der weiblichen Genitalien

Für Frauen im Alter von über 50 Jahren werden für die **gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung Ausgaben bis zu insgesamt 170,00 EUR** für folgende Leistungen erstattet:

- Gynäkologische Visiten
- PAP-Test
- Blutbild
- BKS
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Gesamtes und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST



b) Vorsorge gegen onkologische Erkrankungen der Brust

Für Frauen im Alter von über 50 Jahren werden für **die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung Ausgaben bis zu insgesamt 170,00 EUR** für folgende Leistungen erstattet:

- Gynäkologische oder senologische Untersuchung
- Ein- oder zweiseitiger Brustultraschall
- Ein- oder zweiseitige Mammographie
- Biopsie
- Blutbild
- BKS
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Gesamtes und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

c) Prostatakrebsvorsorge

Für Männer im Alter von über 50 Jahren werden für **die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung Ausgaben bis zu insgesamt 170,00 EUR** für folgende Leistungen erstattet:

- Urologische Visite
- Prostata- und Blasensultraschall
- PSA
- Blutbild
- BKS
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Gesamtes und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

3.3 Vorsorge im Herz-Kreislauf-Bereich

Für Frauen und Männer im Alter von über 40 Jahren werden **für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung Ausgaben bis zu insgesamt 210,00 EUR** für folgende Leistungen erstattet:

- Kardiologische Visite
- Basales EKG und Belastungs-EKG
- Blutbild
- BKS
- Blutzucker
- Azotämie
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Triglyzeryde
- Gesamtes und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Rechnung oder Zahlungsbelege für die getätigten Ausgaben oder Ticket. Im Beleg muss angegeben sein, dass die Leistungen zu Vorsorgezwecken geliefert und bezahlt worden sind. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Bezahlung der durchgeführten Leistung bzw. die Quittung beigelegt werden

4. LINSEN UND BRILLEN

4.1 Augenärztliche Untersuchungen

Für Ausgaben wegen augenärztlicher Untersuchungen gelten die Rückerstattungsregeln aus Kapitel „2. Ambulante Fachleistungen“.

4.2 Fassungen und Linsen

Die Ausgaben sind im Rahmen folgender Höchstbeträge erstattungsfähig:

Für den Kauf von Brillenfassungen, der nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, sowie für den Kauf von Brillengläsern und Kontaktlinsen steht **dem Mitglied und seiner Familie** jährlich eine Rückvergütung bis zu **250,00 EUR** pro Familiengemeinschaft zu. Es kommt dabei kein Selbstbehalt zur Anwendung.³

³ Für diese Leistung sieht der Fonds ein Jahresbudget vor. Das Budget für den Zeitraum, in dem diese Leistungsordnung gilt, beträgt 30.000 EUR. Die Rückvergütung wird bis zur Ausschöpfung dieses Budgets gewährleistet.

Im Falle einer Erstattung für den Kauf von Korrekturgläsern für Brillen sowie Korrekturkontaktlinsen ist die Vorlage des **augenärztlichen Rezepts** oder einer **Bescheinigung des Optikers/Optomtristen** erforderlich, die die Korrektur bzw. den Sehfehler bestätigt. Zwischen dem Datum der ärztlichen Verschreibung oder der Bescheinigung des Optikers (die jeweils nur für einen einzigen Antrag verwendet werden können) und dem Ausstellungsdatum des Zahlungsbelegs dürfen nicht mehr als **12 Monate** liegen.

Wird eine Erstattung nur für die **Brillenfassung** beantragt, muss dem Antrag stets ein dokumentarischer Nachweis beigelegt werden, aus dem hervorgeht, dass die bereits vorhandenen Korrekturgläser an die neue Fassung angepasst wurden.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Bescheinigung des Facharztes oder Augenoptikers über die festgestellte Fehlsichtigkeit
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege der getätigten Ausgaben, ausgestellt vom Optiker oder Augenoptiker. Auf dem Zahlungsbeleg müssen die Ausgaben für die Linsen und die Fassung gesondert ausgewiesen sein. Es muss die erfolgte Bezahlung angeführt sein. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

5. ORTHOPÄDISCHE PROTHESEN, HÖRPROTHESEN UND HILFSMITTEL

5.1 Orthopädische Prothesen und Hörprothesen

Dem Mitglied und seiner Familiengemeinschaft steht für die gesamte Gültigkeit dieser Leistungsordnung die Rückerstattung von Ausgaben für den Kauf von orthopädischen Prothesen und Hörprothesen zu.

Die Ausgaben pro Rechnung/Person werden im Rahmen folgender Höchstbeträge, die für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung gelten, erstattet:

- bis zu höchstens **500,00 EUR** für das Mitglied;
- bis zu höchstens **750,00 EUR** für die Familiengemeinschaft.

5.2 Hilfsmittel

Dem Mitglied und seiner Familiengemeinschaft steht für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung eine Rückvergütung von Ausgaben für den Kauf oder die Miete folgender Prothesen zu:

- orthopädische Geräte für die unteren Gliedmaßen (Schalen, Schienen, Steigbügel, Wundhaken, Orthesen) und die oberen Gliedmaßen (Schienen, Orthesen), orthopädische Einlegesohlen und Schuhe;



- orthopädische Geräte für den Oberkörper: Korsetts, Stützkorsetts, Schulterstützen, Kragen, Thoraxhalsverband, Bauchstützen;
- Gehhilfen: Rollstühle, Krücken, Dreifuß, Vierfuß, Stabilisatoren für aufrechte und liegende Haltung oder sonstige Rollatoren.

Die Ausgaben pro Rechnung/Person werden im Rahmen folgender Höchstbeträge, **die für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung** gelten, erstattet:

- bis zu **höchstens 315,00 EUR** für das Mitglied und seine Familiengemeinschaft.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Ärztliche Verschreibung oder Bericht des Facharztes mit Angabe der Prothese oder des Hilfsmittels und der Krankheit, die den Einsatz der Prothese oder des Hilfsmittels erforderlich macht
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der gekauften oder gemieteten Prothese. Auf dem Beleg müssen die Kosten der Hilfsmittel oder für die Miete derselben getrennt von anderen Zusatzkosten, die nicht erstattungsfähig sind (Batterien, Reparaturen), ausgewiesen sein. Im Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung angegeben sein. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

6. ZAHNHEILKUNDE

6.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für die Ausgaben für Leistungen zugunsten **des Mitglieds und seiner Familiengemeinschaft**, die in öffentlichen oder privaten Einrichtungen/freiberuflich tätigen Strukturen, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, durchgeführt werden, gelten die Rückerstattungsregeln aus Kapitel „2. Ambulante Fachleistungen“.

6.2 Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)

Für die Ausgaben für Leistungen zugunsten **des Mitglieds und seiner Familie, die in privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Strukturen, Privatpraxen oder von innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia)** durchgeführt werden, gelten folgende Garantien:

a) Vorbeugende zahnärztliche Leistungen (Mundhygiene)

Für Ausgaben wegen Entfernung des Zahnsteins, gegebenenfalls mit Kontrollvisite, mit Einsatz von



Ultraschall oder bei Bedarf mit anderen Behandlungen für die Mundhygiene, ist folgende Rückvergütung vorgesehen:

Für die **gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung eine einmalige Rückerstattung von 100 % der getätigten Ausgaben, wobei 25 % zu Lasten des Mitglieds bleiben**. Sollte aufgrund der Krankheit oder der klinischen Lage des Mitglieds eine zweite Leistung im Laufe eines Jahres erforderlich sein, wird diese zu denselben Bedingungen ausgezahlt, sofern eine der folgend angeführten Erkrankungen oder klinischen Zustände vorliegt: Parodontitis, Diabetes mellitus, Schwangerschaftsgingivitis, systemische Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Mundhöhle, Träger von Zahnimplantaten.

Leistungen, wie zum Beispiel Fluoridierung, Wurzelglättung (Scaling), Fissurenversiegelung und dergleichen, werden nicht erstattet.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische Leistungen)
- 2) Zahnärztliche Bestätigung über die Erkrankung/den klinischen Zustand, im Falle der Notwendigkeit einer zweiten Zahnsteinreinigung
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

b) Implantologie

Ausgaben für Implantate mit Osseointegration (jeglicher Art) werden mit einem Fixbetrag im Rahmen folgender Höchstbeträge für die Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung erstattet:

- **650,00 EUR für 1 Implantat**, das vom Therapieplan vorgesehen ist
- **1.250,00 EUR für 2 Implantate**, die vom selben Therapieplan vorgesehen sind,
- **2.000,00 EUR für 3 oder mehr Implantate**, die vom selben oder auch von unterschiedlichen Therapieplänen vorgesehen sind.

Folgende Leistungen sind inbegriffen: Zahnextraktion (bis zu höchstens 4 Zähne pro Jahr) der erste vorbereitende Eingriff, der individuelle Abdruckklöfel, der Gebissabdruck, der provisorische Aufbau, der zweite Eingriff, das Positionieren des Implantat-Aufbaus, der endgültige Aufbau, das Abutment, die provisorischen Zahnkronen auf dem Implantat.

Ausgaben für Zahn- oder Wurzelextraktionen (mit oder ohne Betäubung), die im Zusammenhang mit einem Therapieplan für die Implantologie stehen, werden für **höchstens 4 Zähne pro Jahr erstattet** und zwar unter Berücksichtigung des oben angegebenen Höchstbetrags und mit einer Unterhöchstgrenze bis zu **100,00 EUR** pro Ausriss.



Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische/kieferorthopädische Leistungen)
- 2) Zahnärztlicher/Kieferorthopädischer Anamnesebogen, der vom Facharzt ausgefüllt und unterzeichnet wurde (Formular: Zahnärztlicher/Kieferorthopädischer Anamnesebogen)
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

c) Zahnmedizinische chirurgische Eingriffe

Für chirurgische Eingriffe infolge der unten angeführten Krankheiten werden **die getätigten Ausgaben zu 100 % bis zu einem Höchstbetrag von 3.000,00 EUR pro Jahr und pro Familiengemeinschaft rückerstattet:**

- Follikularzysten
- Wurzelzysten
- Zahnabszess mit endodontischem Instrument im Kanallumen
- Adamantinom
- Odontom
- Entfernung eines Implantats in der Kieferhöhle

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische Leistungen)
- 2) Zahnärztlicher/Kieferorthopädischer Anamnesebogen, der vom Facharzt ausgefüllt und unterzeichnet wurde (Formular: Zahnärztlicher Anamnesebogen)
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



d) Zahnmedizinische Behandlungen zur Zahnerhaltung

Für die zahnmedizinischen Leistungen zur Zahnerhaltung werden **100 % der getätigten Ausgaben mit einem Anteil von 25 % zu Lasten des Mitglieds und Höchstbeträgen bis zu 200,00 EUR** für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung pro Familiengemeinschaft erstattet.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische Leistungen)
- 2) Zahnärztlicher/Kieferorthopädischer Anamnesebogen, der vom Facharzt ausgefüllt und unterzeichnet wurde (Formular: Zahnärztlicher Anamnesebogen)
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

e) Zahnprothesen

Für abnehmbare Zahnprothesen werden **100 % der getätigten Ausgaben mit einem Selbstbehalt von 25 % zu Lasten des Mitglieds und einem Höchstbetrag von 500,00 EUR** pro Jahr rückerstattet.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische Leistungen)
- 2) Zahnärztlicher/Kieferorthopädischer Anamnesebogen, der vom Facharzt ausgefüllt und unterzeichnet wurde (Formular: Zahnärztlicher Anamnesebogen)
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



7. KIEFERORTHOPÄDIE

7.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für die Ausgaben für Leistungen zugunsten **des Mitglieds und seiner Familiengemeinschaft**, die in öffentlichen oder privaten Einrichtungen/freiberuflich tätigen Strukturen, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, durchgeführt werden, gelten die Rückstattungsregeln aus Kapitel „2. Ambulante Fachleistungen“.

7.2 Privatbereich

Ausgaben für Leistungen zugunsten **des Mitglieds und seiner Familiengemeinschaft**, die in privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Strukturen, Privatpraxen oder von innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia) durchgeführt werden, werden **nach Abzug des vom Südtiroler Sanitätsbetrieb geleisteten Beitrags und mit einem Selbstbehalt zu Lasten des Mitglieds in Höhe von 25 % der getätigten Ausgaben rückerstattet**. Es gelten folgende Grenzbeträge für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung:

- Für **herausnehmbare oder festsitzende Zahnsperre**: Rückerstattung bis zu einer Höchstaussgabe von **2.000,00 EUR** pro Familiengemeinschaft.
- Aufbissbehelfe, kieferorthopädische Apparate für die Extrusion eines einzelnen Zahnes und Behandlungen, die nicht unter die klassische Kieferorthopädie zur korrekten Ausrichtung eines gesamten Kieferbogens oder von zwei gesamten Kieferbögen fallen, werden nicht rückvergütet.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung für zahnmedizinische Leistungen)
- 2) Bericht des Zahnarztes über den Verlauf der Arbeiten
- 3) Rechnungen, Anzahlungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der Leistungen. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



8. SCHWANGERSCHAFT/MUTTERSCHAFT

Dem Mitglied oder dem zu Lasten lebenden Ehepartner werden die während der Schwangerschaft getragenen Ausgaben für folgende Leistungen rückvergütet:

- **Gynäkologische und geburtshilfliche Kontrollultraschalluntersuchungen (höchstens 2 pro Schwangerschaft)**

8.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für die Ausgaben für Leistungen, die in öffentlichen oder privaten Einrichtungen/freiberuflich tätigen Strukturen, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, durchgeführt werden, gelten die Rückerstattungsregeln aus Kapitel „2. Ambulante Fachleistungen“.

8.2 Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)

Ausgaben für Leistungen, die in privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Strukturen, Privatpraxen oder von innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia) durchgeführt werden, werden **im Rahmen folgender Höchstgrenzen erstattet:**

- **Gynäkologische und geburtshilfliche Kontrollultraschalluntersuchungen (höchstens 2 pro Schwangerschaft: 100 % der getätigten Ausgaben).**

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind (sowohl für öffentliche als auch für private Leistungen)

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Vom Facharzt ausgestellte Bescheinigung der Schwangerschaft
- 3) Rechnungen, Belege oder Unterlagen in Bezug auf die Ticket-Ausgaben. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden. Auf dem Ausgabenbeleg müssen die Ausgaben für jede Leistung getrennt angeführt sein



9. CHRONISCH KRANKE

9.1 Fachärztliche Untersuchungen und diagnostische Untersuchungen für chronische Erkrankungen

Dem Mitglied steht die Rückvergütung der Ausgaben für fachärztliche Untersuchungen und diagnostische Untersuchungen, die eng mit seiner chronischen Erkrankung zusammenhängen, mit einem Höchstbetrag für die gesamte Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung bis zu **375,00 EUR** pro Mitglied wie folgt zu:

a) Öffentlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Für Leistungen öffentlicher oder privater Gesundheitseinrichtungen/von Freiberuflern, die mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind, beträgt die Rückvergütung 100 % der Selbstbeteiligung an den Sanitätskosten (Ticket).

Ausgeschlossen sind Untersuchungen, die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme und/oder in der Intensivbeobachtungseinheit durchgeführt werden.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Vom Facharzt ausgestellte Bescheinigung der chronischen Erkrankung
- 3) Beleg des bezahlten Tickets. Jede sonstige Leistung muss getrennt von den Ausgaben für die geleistete Facharztuntersuchung ausgewiesen sein. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf dem Beleg keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

b) Privatbereich oder innerbetrieblich freiberuflich ausgeübte Tätigkeiten (Intramoenia)

Die Ausgaben für Leistungen, die von privaten Einrichtungen, freiberuflich tätigen Ärzten oder innerbetrieblich freiberuflich tätigen Ärzten (Intramoenia) geliefert werden, werden bis zu 100 % rückerstattet. Ausgeschlossen sind die Facharztuntersuchungen,

- die von Personen ohne Hochschulabschluss in Medizin und Chirurgie geleistet werden,
- die im Rahmen einer stationären Aufnahme durchgeführt werden, da diese bereits über den Bereich stationäre chirurgische Aufnahme (Kapitel 1) gedeckt sind
- die im Rahmen des Zugangs zur Notaufnahme ausgeführt werden



Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Fachärztliche Bescheinigung der chronischen Erkrankung oder Bescheinigung der öffentlichen Einrichtung über die Ticketbefreiung mit Angabe der chronischen Erkrankung
- 3) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der durchgeführten fachärztlichen Untersuchung. Der Ausgabenbeleg muss die erfolgte Bezahlung klar wiedergeben. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden

9.2 Medizinische Hilfsmittel für chronische Erkrankungen

Dem Mitglied werden die Ausgaben für den Kauf von medizinischen Hilfsmitteln zur selbständigen Messung der klinischen Werte in Bezug auf seine chronische Erkrankung im Rahmen folgender Höchstgrenzen erstattet:

- **1 Hilfsmittel alle 5 Jahre für dieselbe Erkrankung, bis zu höchstens 100,00 EUR pro Hilfsmittel.**

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzerbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung (Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen)
- 2) Fachärztliche Verschreibung
- 3) Fachärztliche Bescheinigung der chronischen Erkrankung oder Bescheinigung der öffentlichen Einrichtung über die Ticketbefreiung mit Angabe der chronischen Erkrankung
- 4) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der erfolgten Zahlung. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



10. ARBEITSUNFALL ODER SCHWERE ERKRANKUNGEN

Dem Mitglied werden die sanitären Ausgaben und/oder die betreuerischen Leistungen bei schwerer Behinderung infolge von (Arbeits)Unfall, die eine bleibende Invalidität von über 50 % (laut Bezugstabellen des Arbeitsunfallinstituts INAIL) oder eine der folgenden schweren Erkrankungen bewirkt hat, rückerstattet:

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Lähmung
- Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren-, Knochenmark- oder Pankreastransplantation
- Mukoviszidose
- Ischämie der Wirbelarterien

Bei der Berechnung des Prozentsatzes der bleibenden Invalidität werden nur die direkten Folgen des Unfalles und nicht gleichzeitig bestehende größere Beeinträchtigungen berücksichtigt. Die Rückerstattung steht mit einer Höchstgrenze **für die Gültigkeitsdauer dieser Leistungsordnung bis zu 7.000,00 EUR pro Mitglied** im Laufe der ersten drei Jahre dieser Leistungsordnung nur in folgenden Fällen zu:

- Der Arbeitsunfall muss von einer Bescheinigung der Notaufnahme belegt sein und sich während der Gültigkeit der Leistungsordnung ereignet haben;
- die schwerwiegenden Erkrankungen müssen während der Gültigkeit der Leistungsordnung aufgetreten sein.

Unterlagen, die dem Antrag um Rückerstattung beizulegen sind

- 1) Eingabe im Benutzbereich oder ausgefüllter und unterzeichneter Antrag um Rückvergütung ([Formular: Antrag auf Erstattung der allgemeinen Gesundheitsspesen](#))
- 2) Bescheinigung der Notaufnahme, welche den Arbeitsunfall belegt
- 3) Dokumentation über die festgestellte bleibende Invalidität
- 4) Rechnungen oder Zahlungsbelege über die getätigten Ausgaben mit Angabe der erfolgten Zahlung. Ist auf der Rechnung keine Zahlung angegeben, muss der Beweis der Zahlung beziehungsweise die Quittung beigelegt werden



11. LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN TARIFEN

Sollte eine Leistung nicht abgedeckt sein,

- weil sie in dieser Leistungsordnung nicht inbegriffen ist oder
- weil das Jahresbudget erschöpft ist oder
- weil der Betrag unter dem erstattbaren Mindestwert liegt,

hat das Mitglied Anspruch darauf, diese Leistungen bei einer Einrichtung in Südtirol, die mit dem Sanitätsfonds vertragsgebunden ist, zu einem günstigeren als dem gewöhnlich vorgesehenen Tarif zu beanspruchen. Um die Leistungen zu einem ermäßigten Tarif beanspruchen zu können, muss das Mitglied der mit dem Sanitätsfonds vertragsgebundenen Einrichtung die Mitgliedskarte und/oder eine Bescheinigung des Sanitätsfonds gemeinsam mit einem Personalausweis vorlegen.

ABSCHNITT 3 - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Diese Leistungsordnung wird gemäß der Regelung in Abschnitt 1, auf die vollinhaltlich verwiesen wird, angewendet.

Alle Leistungen, die in diesem Leistungsverzeichnis enthalten sind, stehen dem Mitglied zu. Soweit ausdrücklich vorgesehen, stehen die Leistungen auch der Familie zu. Wird ein Höchstbetrag für die Familiengemeinschaften angegeben, so sind mit Familiengemeinschaft das Mitglied, der jeweils zu Lasten lebende Ehepartner (laut Familienbogen) und/oder die zu Lasten (zusammen- oder nicht zusammen-) lebenden Kinder gemeint.

Um dem Mitglied den Zugang zu den besten Facheinrichtungen im jeweiligen Sachbereich zu ermöglichen, werden die Rückerstattungen für einzelne Bereiche/Leistungen indirekt nicht nur für Leistungen in Südtirol, sondern auch auf nationaler Ebene und im Ausland gewährleistet, sofern die Ärzte, welche die versicherten Leistungen durchführen, im Berufsverzeichnis des Staates, in dem die Behandlung erfolgt, eingetragen sind.

Die Unterlagen im Anhang zum Gesuch müssen in deutscher, italienischer oder englischer Sprache eingereicht werden. In anderen Sprachen verfasste Dokumente müssen mit der beeideten Übersetzung in die italienische oder deutsche Sprache versehen sein.

Die Gesuche um Rückerstattung der Gesundheitsausgaben für die Leistungen, die im Abschnitt 1 dieser Leistungsordnung angegeben sind, müssen mit den Unterlagen ausgestattet sein, die für die Rückvergütung der einzelnen Leistungen vorgesehen sind. Den Gesuchen um Rückerstattung sind nur Kopien der Rechnungen und der Zusatzdokumente beizulegen. Der SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS wird diese gemäß den gesetzlichen Vorschriften aufbewahren. Der Fonds ist nicht verpflichtet, Originalunterlagen, die in Verbindung mit Rückerstattungsanträgen eingereicht wurden, zurückzugeben.

Der Fonds behält sich auf jeden Fall das Recht vor, das Mitglied um weitere Unterlagen in Ergänzung zu jenen, die in dieser Leistungsordnung angegeben sind, zu ersuchen, um den Antrag um Rückerstattung korrekt bearbeiten oder die vorgelegten Unterlagen genauer prüfen zu können.

Belege oder Rechnungen für Anzahlungen (sofern nicht ausdrücklich angeführt), Honorarankündigungen oder sonstige Unterlagen, die keine Rechnungen mit Angabe des Saldobetrages der Leistungen sind, sind nicht erstattungsfähig.



Das Mitglied muss das Gesuch um Rückerstattung **innerhalb 30. Juni des Folgejahres** beim SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS einreichen. Nach dieser Frist werden keine Gesuche mehr berücksichtigt.

Es werden nur Ausgaben rückerstattet, die dem SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS vom Mitglied mit Zahlungsbelegen/Rechnungen/Tickets des Arztes oder der sanitären Einrichtungen mit Ausstellung im Zeitraum **01.01.2026 – 31.12.2026** auf das Mitglied und/oder seine Familienangehörigen vorgelegt werden.

Ist für die Rückerstattung einer bestimmten Leistung eine Höchstanzahl pro Jahr vorgesehen, ist mit „Jahr“ das Kalenderjahr gemeint.

Hat das Mitglied bereits von einer anderen Einrichtung (Sanitätsbetrieb, andere Versicherung usw.) eine Rückerstattung für dieselbe Leistung erhalten, erstattet der Fonds nur den Restbetrag zurück, der zu Lasten des Mitglieds verblieben ist und zwar bis zum Erreichen des in der Leistungsordnung vorgesehenen Höchstbetrages. Die beantragende Person ist verpflichtet anzugeben, ob die Ausgaben, für die um Rückerstattung ersucht wird, von einer anderen Einrichtung/Privatversicherung gedeckt sind muss und eine Kopie der Auszahlungsbescheinigung der auszahlenden Einrichtung mit Angabe des erhaltenen Betrages einreichen.

Es werden keine Rückerstattungen für Leistungen im Bereich der Sportmedizin, der Schönheitsmedizin, für den Erlass des Führerscheins und für Tauglichkeitsbescheinigungen sowie für fachärztliche Untersuchungen, die von Personen ohne Abschluss in Medizin und Chirurgie durchgeführt werden, gewährt. Ebenso ausgeschlossen sind Rückerstattungen für Unfälle infolge von Selbstmordversuchen oder eigenen kriminellen Handlungen oder Selbstschädigung oder für Unfälle, die auf Naturkatastrophen zurückzuführen sind (Erdrutsche, Überschwemmungen, Lawinen, usw.), oder für Pathologien infolge von Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Rauschgiftmitteln (therapeutische Anwendungen ausgenommen) oder Halluzinogenen und für psychiatrische oder psychologische Leistungen.

Das Mitglied kann in der Steuererklärung nur jene Ausgaben absetzen, die zu seinen Lasten sind und nicht vom Fonds rückerstattet wurden.

ABSCHNITT 4 - MODALITÄTEN FÜR DIE BEANTRAGUNG DER LEISTUNGEN

Die Gesuche um Rückerstattung können auf einfache Weise über unser Portal „mySANI-BAU“ eingereicht werden. Auf der Website www.sani-fonds.it/bausektor ist die Registrierung im Benutzerbereich möglich. Das Portal ist sowohl über Computer als auch über Tablet oder Smartphone zugänglich.

Registrierung

Um sich das erste Mal zu registrieren, öffnet das Mitglied die Website www.sani-fonds.it und den Bereich für den Bausektor, wählt „Login“ aus und klickt dann auf „mySANI-BAU“. Im Portal anschließend auf den Button „JETZT REGISTRIEREN“ klicken und die eigene Steuernummer und E-Mail-Adresse eingeben. Bitte nur persönliche E-Mail-Adressen verwenden und allgemeine Adressen vermeiden (etwa office@..., info@...). Nach Klick auf „REGISTRIEREN“ erhält der Benutzer eine E-Mail an der angegebenen Adresse mit einem Link für die Registrierung und die Aktivierung des Benutzerkontos. Durch das An-



klicken des Aktivierungslinks kehrt der Benutzer zur Login-Seite zurück. Hier sind sodann die eigene E-Mail-Adresse anzugeben und ein Passwort einzustellen, um Zugriff auf den eigenen Benutzerbereich zu haben. Nach der Anmeldung (Login) muss der Benutzer noch die eigenen personenbezogenen Daten, die Adresse und die Bankkoordinaten eingeben, bevor er sein Rückerstattung ausfüllen kann.

Zurücksetzen des Passwortes

Über die Funktion „LOGIN“ kann das Passwort mit Klick auf „Passwort vergessen?“ zurückgesetzt werden. Auf der erscheinenden Seite muss die E-Mail-Adresse eingegeben werden, die für die Registrierung auf der Website angegeben wurde. Darauf wird ein Link zugeschickt, um das Passwort zurückzusetzen. Mit anschließendem Klick auf den Link kehrt der Benutzer zum Portal zurück, auf dem er ein neues Passwort erstellen kann. Nach der Bestätigung über den Button „SENDEN“ ist der Zugriff auf den Benutzerbereich mit der E-Mail-Adresse und dem neuen Passwort möglich.

Die Gesuche um Rückerstattung können auch über E-Mail, Post oder direkter Aushändigung im Sitz des Fonds, der Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz oder bei den Vertragsparteien des Fonds eingereicht werden. Das Gesuch muss auf dem Formular erstellt werden, das auf der Website www.sani-fonds.it im Bereich Bausektor im Abschnitt der Formulare veröffentlicht wird.

Aktualisierung der personenbezogenen Daten

Bitte überprüfen Sie in regelmäßigen Zeitabständen die eingegebenen personenbezogenen Daten. Damit ermöglichen Sie eine korrekte Bearbeitung der Gesuche um Rückerstattung und den zeitgerechten Eingang von Mitteilungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS.

Im Benutzerbereich können unter „Mein Profil“ folgende Daten eingesehen und aktualisiert werden:

- die Sprache, in der Sie die Mitteilungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erhalten möchten;
- die Wohnadresse, an die die Postmitteilungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS verschickt werden sollen;
- eventuelle andere Anschriften, an die Sie die Mitteilungen des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS erhalten möchten;
- die Telefonnummer;
- die Bankkoordinaten.

Unter „E-Mail“ und „Passwort“ können Sie die E-Mail-Adresse und das Passwort ändern. Die angegebene E-Mail-Adresse entspricht Ihrem Benutzernamen für den Zugang zum Benutzerbereich. Sollte die E-Mail-Adresse geändert werden, erfolgt der nächste Zugang nur mit der neuen E-Mail-Adresse.



Beantragung von Rückerstattungen

Um eine Leistung über den Benutzerbereich zu beantragen, müssen Sie „NEUER ANTRAG“ und dann den Leistungsbereich, in dem Sie um Rückerstattung ersuchen wollen, wählen. Laden Sie dann die Rechnung und alle erforderlichen Unterlagen hoch. Mit Klick auf den Button „JETZT EINREICHEN“ können Sie das Gesuch sofort einreichen; andernfalls können Sie den Entwurf des Gesuches über „ZURÜCK ZUR LISTE“ speichern und später einsenden. Unter „MEINE ANTRÄGE“ finden Sie im Abschnitt „EINGEREICHTE ANTRÄGE“ die Liste der eingereichten Gesuche. Die Gesuche, die noch zu vervollständigen sind, finden Sie unter „ENTWÜRFE“.

Das Portal ermöglicht die kombinierte Verwendung von Computer, Tablet und Smartphone. Auf diese Weise können die Unterlagen mit dem Smartphone fotografiert und hochgeladen werden, um dann das Gesuch auf dem Computer zu vervollständigen und zu versenden.

Bearbeitungsstand der Gesuche um Rückerstattung

Auf dem Portal scheint für jedes Gesuch in Echtzeit der Bearbeitungsstand auf:

WARTEND

Um Rückerstattung der Ausgaben kann nur dann ersucht werden, wenn die Mitgliedschaft im Fonds seitens der beantragenden Person zum Zeitpunkt der Ausstellung der Saldorechnung gültig ist. Sollte die Zahlung der Beiträge nicht rechtzeitig eingegangen sein, bleibt das Gesuch 120 Tage ab Einreichung IM STATUS WARTEND. Nach dieser Frist wird das Gesuch automatisch abgelehnt. Die Gesuche mit Bearbeitungsstand WARTEND können wieder als Entwurf gespeichert und anschließend über den Button „BEARBEITEN“ überarbeitet werden.

ÜBERMITTELT ODER IN BEARBEITUNG

Das Gesuch um Rückerstattung ist beim SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS eingegangen bzw. wird gerade geprüft. Die Gesuche werden in der Reihenfolge ihres Eingangs beim SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS bearbeitet und in der Regel innerhalb von 150 Tagen abgeschlossen. Gesuche mit dem Bearbeitungsstand ÜBERMITTELT ODER IN BEARBEITUNG können nicht mehr abgeändert werden.

ZU ERGÄNZEN

Es kann auch vorkommen, dass das Gesuch mit weiteren Unterlagen ergänzt werden muss. In diesem Fall teilt dies der SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS dem Mitglied über E-Mail mit und ersucht es um Zugang zum Benutzerbereich. Auf dem Portal befindet sich eine Nachricht mit allen Details zu den fehlenden Unterlagen, die hochgeladen werden können, um das Gesuch zu ergänzen. Die zusätzlichen Unterlagen müssen innerhalb von 60 Tagen ab der Beantragung beim SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS eingehen. Nach dieser Frist wird das Gesuch automatisch abgelehnt, kann aber mit den vollständigen Unterlagen innerhalb 30. Juni des Jahres nach dem Datum der Ausstellung der Ausgabenbelege wieder eingereicht werden.



ERSTATTET

Das Gesuch um Rückerstattung wurde bearbeitet und der Betrag auf das angegebene Kontokorrent überwiesen. Das Mitglied wird über E-Mail benachrichtigt, dass die Berechnung der Leistung direkt im Benutzerbereich heruntergeladen werden kann. Die Berechnung der Leistungen enthält alle Details der Berechnung und den ausgezahlten Betrag.

NICHT ERSTATTBAR

Die Leistung wurde bearbeitet; die beantragte Leistung ist jedoch nicht erstattungsfähig. Möglicherweise sieht die Leistungsordnung des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS diese Leistung nicht vor oder es wurden die Höchstbeträge und Grenzen überschritten, die in der Leistungsordnung angegeben sind.

ABGELEHNT

Der Antrag um Rückerstattung wurde abgelehnt und archiviert. Der SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS teilt dem Mitglied über E-Mail die Gründe der Ablehnung mit.

Jährliche Übersicht der Leistungen, die vom SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS rückerstattet wurden

In den ersten Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres erstellt der SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS automatisch eine Jahreszusammenfassung. Das Mitglied wird über E-Mail benachrichtigt, sobald die Übersicht verfügbar ist und direkt im Benutzerbereich heruntergeladen werden kann.

Wichtiger Hinweis

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

Genehmigt von der Delegiertenversammlung des SÜDTIROLER SANITÄTSFONDS am 20.01.2026,
geändert von der Delegiertenversammlung am 09.06.2026.



Für alle Leistungen der Leistungsordnung**besuchen Sie uns auf: www.sani-fonds.it/bausektor****Südtiroler Sanitätsfonds**

Rechtssitz: Marie-Curie-Straße 15

Operativer Sitz: Marie-Curie-Straße 17

39100 Bozen

Tel. 0471 19 642 40

e-mail: info@sani-fonds.it

Von Montag bis Freitag
von 9 Uhr bis 12 Uhr und
von 14 Uhr bis 16 Uhr

Für Informationen**Bauarbeiterkasse der
Autonomen Provinz Bozen**

Marconistraße 2

39100 Bozen

Tel. 0471 305 030 (nur Vormittags)

e-mail: sani@bauarbeiterkasse.bz.it

Von Montag bis Donnerstag
von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr und
von 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Freitag von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr

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