

SANI-FONDS LEISTUNGSORDNUNG 2017

Sämtliche Leistungen stehen, sofern nicht ausdrücklich anders angeführt, dem/der Versicherungsnehmer/in, dem/der jeweils zu Lasten lebenden Ehepartner/in sowie seinen/ihren minderjährigen Kindern zwischen Null und 12 Monaten zu.

Gilt die höchste Entschädigungssumme laut Angabe für den gesamten Haushalt, verstehen sich unter Haushalt der/die Versicherungsnehmer/in, der/die zu Lasten lebende Ehepartner/in sowie seine/ihre minderjährigen Kinder im Alter von Null bis 12 Monaten.

Bei freiwilliger Erweiterung des Versicherungsschutzes auf andere Familienmitglieder¹ wird vorliegende Leistungsordnung mit einer eigenständigen Haushaltsentschädigungssumme auf die zahlenden Familienmitglieder angewandt, die von jener für den/die Versicherungsnehmer/in, den/die zu Lasten lebende Ehepartner/in und seine/ihre minderjährigen Kinder zwischen Null und zwölf Monaten abweicht.

A. KRANKENHAUSAUFENTHALT

A.1 Krankenhausaufenthalt

Während der vertraglichen Laufzeit ist für jede Art von Krankenhausaufenthalt infolge von Krankheit oder Unfall (Krankenhausaufenthalt oder Tagesklinik – Day Hospital/Day Surgery), einschließlich eventueller Aufenthalte für die Betreuungskontinuität (CAVS), **ein Tagegeld vorgesehen**. Dieses dient der Deckung aller von dem/der Versicherten im Zuge des Krankenhausaufenthalts getragenen Kosten, einschließlich der Krankenhauskosten und der Spesen des Begleiters, mit alleiniger Ausnahme der im nachstehenden Absatz angeführten Bestimmungen (Leistungen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt).

Der/die Versicherte hat für jeden im Krankenhaus verbrachten Tag Anspruch auf ein Tagegeld in Höhe von **60,00 Euro** für maximal 30 Tage.

Leistungen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt

Erstattet werden alle Kosten für diagnostische und fachärztliche Untersuchungen 120 Tage vor und 120 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt, vorausgesetzt sie sind an die **Krankheit bzw. den Unfall** gebunden, die bzw. der zum Aufenthalt geführt hat.

Inbegriffen sind für 120 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt Arzt-, Chirurgie- und Pflegeleistungen, physiotherapeutische sowie rehabilitative Behandlungen (Logopädie und Ergotherapie).

Ebenfalls zugesichert sind die verschriebenen Medikamente, soweit diese an die Krankheit bzw. den Unfall gebunden sind, die bzw. der zum Krankenhausaufenthalt geführt hat (bis zu einer Therapiedauer von maximal 120 Tagen nach Entlassung aus dem Institut).

Der vorliegende Versicherungsschutz gilt sowohl für im nationalen Gesundheitswesen (S.S.N.) als auch in privaten Gesundheitseinrichtungen erbrachte Leistungen, unabhängig davon, ob sie dem eventuellen vertragsgebundenen Netzwerk angehören oder nicht (Regelung für direkte und

¹ Zahlende Familienmitglieder: nicht zu Lasten lebender Ehepartner oder in eheähnlicher Beziehung lebende Person, minderjährige Kinder über 12 Monate, zu Lasten lebende volljährige Kinder bis zum vollendeten sechsundzwanzigsten Lebensjahr, zu Lasten lebende volljährige Kinder mit dauerhafter Zwei-Drittel-Invalidität ohne Altersbegrenzung.

erstattungsfähige Unterstützung).

Für die Deckung von Leistungen vor/nach einem Krankenhausaufenthalt stehen jährlich **600,00 Euro je Haushalt** zur Verfügung.

A.2 Post-akute bzw. vorübergehende Aufenthalte

Bei Aufenthalten in Gesundheitseinrichtungen, die über Betten für die post-akute bzw. vorübergehende Aufnahme verfügen, steht dem/der Versicherten dieselbe Entschädigung zu wie bei Krankenhausaufenthalten (Kapitel A.1), nämlich ein Tagegeld in Höhe von **60,00 Euro** für jeden im Krankenhaus verbrachten Tag für maximal 30 Tage, als ergänzende Leistung zu den unter A.1 festgelegten Bedingungen .

B. AMBULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SNP): Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen

Bei fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (einschließlich Day Service, Erste Hilfe, ambulatorische Chirurgie) von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen werden sämtliche Tickets erstattet.

Dabei genügt es, den Zahlungsbeleg des Tickets vorzuweisen. Es ist keine Fotokopie der Verschreibung in Papierform oder elektronischer Form erforderlich. Mit Untersuchung bzw. Leistung sind alle fachärztlichen ambulatorischen Leistungen des Landes- oder Regionaltarifverzeichnisses laut einheitlichen Mindestbetreuungsstandards gemeint.

Die Liste der in Südtirol vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen wird ständig aktualisiert und ist unter folgendem Link des Südtiroler Sanitätsbetriebs abrufbar: <http://www.sabes.it/de/transparente-verwaltung/private-akkreditierte-vertragsgebundene-gesundheitseinrichtungen.asp>.

Die Entschädigungssumme pro Jahr ist unbegrenzt.

C. AMBULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH: Leistungen von Fachärzten oder Gesundheitseinrichtungen, die nicht mit dem nationalen oder Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind

C.1 Private fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt

Wird die ambulatorische Leistung von Fachärzten oder privaten Gesundheitseinrichtungen (auch als freiberufliche Tätigkeit im Krankenhaus – Intramoenia) erbracht, sind immer eine ärztliche Verschreibung mit Angabe der vermutlichen oder schon festgestellten Pathologie sowie der entsprechende Kostennachweis (Rechnungen oder Belege) erforderlich.

Wendet sich der/die Versicherte hingegen an nicht vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder an nicht vertragsgebundenes Personal, werden ihm/ihr bis auf einen Anteil von **50,00 Euro** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) die für die fachärztlichen Untersuchungen getragenen Kosten zu **80%** erstattet.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für alle unter Punkt C.1 behandelten Leistungen beträgt 700,00 Euro je Haushalt.

C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der zugunsten privater Gesundheitseinrichtungen bzw. Fachärzte getragenen Kosten (Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) **für alle ambulatorischen Operationen** vor.

Wendet sich der/die Versicherte hingegen an nicht vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder an nicht vertragsgebundenes Personal, werden ihm/ihr für jede fachärztliche Untersuchung **ohne Anwendung eines ungedeckten Betrags** die getragenen Kosten bis auf einen Anteil von **250,00 Euro** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) erstattet.

Die Entschädigungssumme pro Jahr ist unbegrenzt.

C.3 Bildgebende Diagnostikleistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen von privaten Gesundheitseinrichtungen bzw. Fachärzten ohne Krankenhausaufenthalt

C.3.1 Instrumentale Diagnostikleistung ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für sämtliche im geltenden Südtiroler Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen (<http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/default.asp>) angeführten **instrumentalen Diagnostikleistungen** ohne Krankenhausaufenthalt vor.

Wendet sich der/die Versicherte an Gesundheitseinrichtungen etwaiger vertragsgebundener Netzwerke, wird ihm/ihr bis auf einen Freibetrag von 25,00 Euro je Rechnung/Beleg für die durchgeführte Diagnostikleistung die Direktbezahlung gewährleistet.

Wendet er/sie sich hingegen an nicht vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen oder an nicht vertragsgebundenes Personal, werden dem/der Versicherten bis auf einen Anteil von **50,00 Euro** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) **80%** dieser Leistungen erstattet.

C.3.2 Diagnostische Laboruntersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Ticket, Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für **SÄMTLICHE** im geltenden Südtiroler Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen (<http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/default.asp>) angeführten **instrumentalen Diagnostikleistungen** ohne Krankenhausaufenthalt vor.

Wendet sich der/die Versicherte an öffentliche oder vertragsgebundene Gesundheitseinrichtungen, werden ihm/ihr sämtliche Tickets im Rahmen der höchsten Entschädigungssumme voll erstattet.

Wendet er/sie sich an Gesundheitseinrichtungen etwaiger vertragsgebundener Netzwerke, wird ihm/ihr bis auf einen Freibetrag von 15,00 Euro je Rechnung/Beleg der durchgeführten Diagnostikleistung die Direktbezahlung gewährleistet.

Erstattet werden bis auf einen Anteil von maximal **25,00 Euro je Rechnung/Beleg** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) **80%** dieser Leistungen.

C.3.3 Therapeutische Leistungen ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für alle nachstehend angeführten **therapeutischen** Leistungen vor:

- Schmerztherapie
- Pharmakologische Infusionen oder Infiltrationen
- Diagnostisch-therapeutische Leistungen bei Unfruchtbarkeit
- Komplementärmedizinische Leistungen

Bei Leistungen einer privaten Gesundheitseinrichtung ist für die Aktivierung des Versicherungsschutzes eine ärztliche Verschreibung/ein Vermerk bei elektronischen Verschreibungen mit dem diagnostischen Verdachtsfall oder der Pathologie erforderlich.

Die Liste der in Südtirol vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen wird ständig aktualisiert und ist unter folgendem Link des Südtiroler Sanitätsbetriebs abrufbar: <http://www.sabes.it/de/transparente-verwaltung/private-akkreditierte-vertragsgebundene-gesundheitseinrichtungen.asp>.

Wendet sich der/die Versicherte an Gesundheitseinrichtungen etwaiger vertragsgebundener Netzwerke, wird ihm/ihr bis auf einen Freibetrag von 15,00 Euro je Therapiezyklus die Direktbezahlung gewährleistet.

Erstattet werden bis auf einen Anteil von maximal **50,00 Euro je Rechnung/Beleg** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) **80%** dieser Leistungen.

C.3.4 Höchste Entschädigungssumme bei bildgebender Diagnostik, Labordiagnostik und therapeutischen Leistungen privater Gesundheitseinrichtungen ohne Krankenhausaufenthalt

Die jährliche Verfügbarkeit für den unter den Punkten C.3.1, C.3.2 und C.3.3 behandelten Versicherungsschutz beträgt insgesamt 3.000,00 Euro je Haushalt.

C.4 Physiotherapie, Rehabilitation (einschließlich damit zusammenhängender Leistungen) und therapeutische Leistungen privater Gesundheitseinrichtungen

C.4.1 Physiotherapeutische und rehabilitierende Behandlungen sowie damit zusammenhängende Leistungen

Von dem/der Versicherten in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei privaten Fachärzten getragene Kosten für physiotherapeutische oder rehabilitierende Leistungen werden als Selbstkostenbeteiligung unter Vorlage der ärztlichen Verschreibung bzw. des Vermerks bei elektronischen Verschreibungen bei bestimmten Krankheiten zur Gänze erstattet. Ebenfalls vom Versicherungsschutz gedeckt sind Leistungen im Zusammenhang mit Physiotherapie bzw. Rehabilitation sowie der Behandlung der Krankheit.

Unter den Versicherungsschutz fallen folgende Pathologien:

- Schlaganfall
- chronische Herzerkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz)
- Akuter Myokardinfarkt
- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

- Multiple Sklerose
- Parkinson-Krankheit
- Demenz (Alzheimer)
- Postoperative Behandlungen, die 120 Tage nach Entlassung aus der Gesundheitseinrichtung in Anspruch genommen werden und unter Punkt „A.1 Krankenhausaufenthalt“ angeführt sind.
- Erkrankungen des Bewegungsapparats
 - Fuß: Klumpfuß; Kalkaneussporn; Sichelfuß; Hohlfuß: Spitzfuß; Fallfuß; Knicksenkfuß mit Diastase der Zwischenräume zwischen den Knöchelköpfen im Kindesalter; Plattknickfuß des Erwachsenen; Plattfuß; Hallux valgus; Hammerzehe/Krallenzehe; Fünfte Zehe gespreizt hyperadduziert;
 - Knie: Kniescheibenluxation; Kniescheibenchondropathie; Meniskusverletzungen; Bandverletzungen des Knies; Baker-Zysten/Poplitealzyste; Osteochondrosis dissecans; Valgus-/Varusstellung des Knies; Hohlknie; Kniegelenksarthrose;
 - Hüfte: Periarthropathie des Hüftgelenkes (Syndrom des Schenkelbindenspanners); Coxa saltans (schnappende Hüfte); Dysplasie und angeborene Luxation der Hüfte; Morbus Perthes; Epiphysenlösung des Femurkopfs; angeborene Coxa vara; Hüftarthrose; Hüftkopfnekrose des Erwachsenen;
 - Hand: Enchondrom; Ganglien; Mondbeinerkrankung; Sattelgelenkarthrose; Pseudoarthrose des Kahnbeins; Syndaktylie; Sehnenrisse, Enteropathien, Tendomyopathien; Tendovaginitis de Quervain
 - Schnappfinger; Schnappdaumen; Karpaltunnelsyndrom; Morbus Dupuytren
 - Ellenbogen: Ellenbogen valgus/varus; Ellenbogenarthrose; Ellenbogenschleimbeutelentzündung; Ellenbogenluxation; Epicondylitis
 - Schulter: Degenerative Schultergürtelkrankheiten; Sehnenverkalkung, Bursitis subacromialis; Thoracic-outlet-Syndrom; posttraumatische Schulterluxation; Habituelle Schulterluxation; Ruptur der Rotatorenmanschette; Schultergürtelarthrose;
 - Wirbelsäule: Flachrücken, Rundrücken, Hohlrundrücken; Skoliose; Degenerative Erkrankungen der Lendenwirbelsäule; Lumbalgien; Dorsalgien; HWS-Syndrom; Bandscheibenvorfall; Gelenksperre; Scheuermann-Krankheit; Spondylose, Spondylolisthesis; Osteoporose; Osteomalazie; Tumoren an der Wirbelsäule
 - Myopathien: Progressive Muskeldystrophie; endzündliche Myopathien; Myasthenie; Myotonien
- Rheumatologische Erkrankungen:
 - Chronische Polyarthritis oder rheumatoide Arthritis;
 - Morbus Bechterew
- Chronische bronchopulmonale Erkrankungen:
 - obstruktive Lungenerkrankungen;
 - restriktive Lungenerkrankungen;
 - Lungenembolie;
 - Lungenentzündung;
 - Bronchialasthma;
- Schwere Verletzungen infolge von Unfällen außerhalb der Arbeitszeit, die zu einem Invaliditätsgrad von über 40 % führen.

Erstattet werden bis auf einen Anteil von **50,00 Euro** je Rechnung (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) **80%** der Rechnung/des Belegs.

Sind physiotherapeutische Thermalkuren erforderlich, werden die entsprechenden Kosten wie folgt ausbezahlt:

Erstattung der getragenen Kosten für in privaten, nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder von nicht vertragsgebundenen Personen erbrachte Leistungen in Höhe von **80%**, wobei jedoch ein Anteil in Höhe von **50,00 Euro** je Rechnung (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) zu Lasten des/der Versicherten geht.

Die Leistungen sind auszahlbar, wenn sie von einem Arzt verschrieben werden und die angezeigte Pathologie betreffen. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Leistungen in Fitnessstudios, Fitnessclubs, Schönheitszentren, Gesundheitshotels, Hotels, Wellnesszentren.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für den unter den Punkten C.4.1 und C.4.2 behandelten Versicherungsschutz beträgt insgesamt 500,00 Euro je Haushalt.

C.5 Augenheilkunde: Leistungen im Privatbereich

C.5.1 Linsen (für Brillen/Kontaktlinsen)

Alle drei Jahre werden dem/der Versicherten die für Brillengläser oder Kontaktlinsen getragenen Kosten bis zu **120,00 Euro je Haushalt** erstattet/**ausbezahlt**, wobei diese/r jedoch einen Anteil von **50,00 Euro** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) je Rechnung selbst zu tragen hat.

Für die Aktivierung ist die entsprechende Rechnung eines Optikers oder eines Augenarztes bzw. eines Augenarztes/Optomtristen vorzuweisen.

C.5.2 Refraktive Chirurgie

Sollte sich der/die Versicherte einem Eingriff der refraktiven Chirurgie zur Korrektur von dokumentierten Fehlsichtigkeiten (Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Presbyopie), Visus (höher oder gleich) ≥ 2 , unterziehen, sieht der Plan die Erstattung von **höchstens 750,00 Euro** je Auge vor.

Der Versicherungsschutz greift für einen Eingriff je Haushalt alle zwei Jahre, wobei mit „Eingriff“ die Korrektur der Fehlsichtigkeit an beiden Augen gemeint ist.

Im Rahmen der oben genannten höchsten Entschädigungssumme werden die von dem/der Versicherten in privaten Einrichtungen oder bei privaten Fachärzten getragenen Kosten zu 75% der entsprechenden Rechnung/des Zahlungsbelegs erstattet.

Ab Datum des Eingriffs schließt der Versicherungsplan die Erstattung der unter Punkt C.5.1 angeführten Leistungen aus.

C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich

C.6.1 Vorbeugende zahnärztliche Leistungen:

Für Leistungen von privaten Einrichtungen oder Fachärzten steht dem/der Versicherten die höchstmögliche Erstattung im Wert des nachstehend angeführten Tarifverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen zu:

MUNDHYGIENE UND PARODONTITISBEHANDLUNG		
* Die Tiefenreinigung der Zahnwurzeln kann einmal im Jahr gewährt werden, es sei denn sie dient als Vorbereitung für eine chirurgische Parodontitisbehandlung. Es werden keine weiteren Parodontitisbehandlungen am selben Zahn anerkannt, falls seit der Ausbezahlung des vorhergehenden Beitrags nicht mindestens ein Jahr vergangen ist. ** Der Tarif wird nicht pro Element verrechnet, sondern bezieht sich auf die Gesamtleistung laut Leistungsordnung.	Höchste Entschädigungssumme	Häufigkeit der Auszahlung
Entfernung des Zahnbelags	€ 35,00	1 Mal jährlich
Untersuchung der Mundhöhle	€ 30,00	1 Mal jährlich
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln und/oder Kürettage (für 6 Zähne)*	€ 40,00	1 Mal jährlich
Schienung, je Zahn	€ 25,00	1 Mal jährlich
Regenerative Chirurgie einschließlich allogenen Knochen und/oder Membran – für 6 Zähne**	€ 200,00	1 Mal jährlich
Resektive Chirurgie, je Bogen (einschließlich jeder Art von Lappen und Naht)	€ 200,00	1 Mal jährlich
Mukogingivale Chirurgie für 1 oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik, je Bogen (einschließlich Lappen und Nähte)	€ 200,00	1 Mal jährlich
Lappen oder Stift (frei oder gestielt), einschließlich Naht und Narkose	€ 50,00	1 Mal jährlich

DIAGNOSE	Höchste Entschädigungssumme	Häufigkeit der Auszahlung
Intraorales Röntgenbild	€ 15,00	zweijährlich
Orthopantomogramm	€ 40,00	zweijährlich
CBCT	€ 90,00	zweijährlich

ZAHNERHALTUNG	
Falls für ein Zahnelement ein Beitrag für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt wurde, können für dasselbe Element keine weiteren Beiträge für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt werden, sofern nicht mindestens achtzehn Monate seit dem Datum der ersten Rechnungslegung für die ersten Beiträge vergangen sind.	Höchste Entschädigungssumme
Kavität der Klasse 5 nach BLACK	€ 50,00
Kavität der Klasse 1 nach BLACK	€ 50,00
Kavität der Klasse 2 nach BLACK	€ 70,00
Kavität der Klasse 3	€ 70,00
Kavität der Klasse 4	€ 70,00
Zahnrekonstruktion mit Schraube oder Stift – je Element	€ 60,00
Wurzelbehandlung (ein Wurzelkanal, inklusive Röntgenbild)	€ 75,00
Wurzelbehandlung (zwei Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)	€ 85,00
Wurzelbehandlung (drei oder mehr Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)	€ 100,00
Revision einer Wurzelbehandlung	€ 150,00

Die jährliche Verfügbarkeit für die unter Punkt C.6.1 behandelten Versicherungsleistungen ist unbegrenzt.

C.6.2 Chirurgische Leistungen:

Für Leistungen von privaten Einrichtungen oder Fachärzten steht dem/der Versicherten die höchstmögliche Erstattung im Wert des nachstehend angeführten Tarifverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen zu:

CHIRURGIE	Höchste Entschädigungssumme
Zahn- oder Wurzelextraktion	€ 50,00
Zahnextraktion unter Narkose, je Zahn	€ 80,00
Extraktion eines/r vollständig vom Knochen umschlossenen Zahns/Wurzel	€ 100,00
Milchzahnextraktion	€ 20,00

IMPLANTOLOGIE	Höchste Entschädigungssumme
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, 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	€ 750,00
Sinusbodenelevation	€ 350,00
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkamms (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	€ 350,00
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	€ 150,00
Mini-Implantate inklusive Präzisionsverankerung	€ 400,00

C.6.3 Zahnärztliche Behandlung infolge eines Unfalls:

Für die Aktivierung des Versicherungsschutzes ist neben den Zahlungsbelegen ein Erste-Hilfe-Protokoll oder eine andere Unfallanzeige vorzulegen.

Für Leistungen von privaten Einrichtungen oder Fachärzten steht dem/der Versicherten die höchstmögliche Erstattung im Wert des nachstehend angeführten Tarifverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen zu:

PROTHETIK	Höchste Entschädigungssumme
Endgültige Teilprothese (je Quadrant - einschließlich Haken und Elemente)	€ 200,00
Provisorische abnehmbare Teilprothese einschließlich Haken und Elemente (bis zu 4 Zähnen)	€ 120,00
Abnehmbare Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	€ 750,00
Totalprothese (je Kieferbogen)	€ 230,00
Einzelne Semipräzisions-/Präzisionsverankerung aus LNP	€ 140,00
Skelettiergerät (Struktur aus LNP oder LP, inklusive Elemente – je Bogen)	€ 720,00
Reparatur abnehmbarer Prothesen	€ 55,00
Prothetische Krone aus LNP und Keramik	€ 360,00
Prothetische Krone aus LP und Vollkeramik	€ 450,00
Prothetische Krone aus Vollkeramik	€ 540,00
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	€ 55,00
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	€ 120,00
Reparatur von Prothesen	€ 55,00
Einfügen eines Elements auf Teilprothese oder Skelettiergerüst	€ 50,00

Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	€ 170,00
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	€ 230,00
Provisorische Krone (LNP oder LP – je Element)	€ 70,00
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	€ 70,00
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	€ 70,00
Entfernung von Kronen oder Wurzelstiften (je Pfeiler oder Stift); trifft nicht für Brückenzwischenglieder zu	€ 30,00
Monolithische oder verblendete Zirkonkrone	€ 230,00
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte	€ 720,00
Teleskopkrone je Element	€ 400,00

Die jährliche Verfügbarkeit für die unter den Punkten C.6.2 und C.6.3 behandelten Versicherungsleistungen beträgt insgesamt 2.000,00 Euro je Haushalt.

C.7 Gynäkologie: Leistungen im Privatbereich (nur für die Versicherungsnehmerin gültiger Versicherungsschutz)

Wendet sich die Versicherte an private Einrichtungen oder an im Krankenhaus freiberuflich tätige Fachärzte, werden die nachstehenden, **einmal jährlich in Anspruch genommenen** Leistungen erstattet:

- a) Gynäkologische Untersuchung (1 Mal jährlich)
- b) Vaginaler Zervixzytologieabstrich [Pap-Test] bzw. HPV-DNA-Test
- c) Gynäkologische oder transvaginale Routine-Ultraschalluntersuchung, ausgenommen während der Schwangerschaft

Die Leistungen unter Punkt C.7 werden zu 100% ausbezahlt, ohne ungedeckte Beträge bzw. Freibetrag zu Lasten der Versicherten.

C.8 Urologie: Leistungen im Privatbereich (nur für den Versicherungsnehmer gültiger Versicherungsschutz)

Nach dem 45. Lebensjahr ist die jährliche Erstattung der für nachstehende, **einmal jährlich getätigte Leistungen** getragenen Kosten vorgesehen:

- a) Fachärztliche Untersuchung
- b) Ultraschalluntersuchung des Apparats
- c) Zystoskopie
- d) Flowmetrie
- e) PSA

Es gelten die nachstehenden Erstattungsmodalitäten:

Die Leistungen unter Punkt C.8 a) und e) werden zu 100% ausbezahlt, ohne ungedeckte Beträge bzw. Freibetrag zu Lasten des Versicherten.

Die Leistungen unter b), c) und d) werden bis auf einen Freibetrag zu Lasten des Versicherten in Höhe von 20,00 Euro je Rechnung/Beleg erstattet.

Zudem werden die von Patienten mit Prostatahypertrophie für Medikamente getragenen Kosten erstattet. Vorzulegen sind lediglich der Kassenbon der Apotheke sowie die Krankenhausunterlagen, welche die Prostatahypertrophie bestätigen.

Bei chirurgischen Eingriffen an der Prostata, die in öffentlichen, privaten, vertragsgebundenen Einrichtungen oder von freiberuflichen Fachärzten durchgeführt wurden, hat der Versicherte für maximal 10 Tage Krankenhausaufenthalt Anspruch auf ein Tagesgeld in Höhe von 60,00 Euro.

Unterzieht sich der Versicherte einem zahlungspflichtigen chirurgischen Eingriff an der Prostata zur Behebung sowohl gutartiger als auch bösartiger Beschwerden, werden ihm 80% der entsprechenden Rechnungen/Belege der privaten Einrichtung oder des Facharztes bzw. des im Krankenhaus freiberuflich tätigen Facharztes für den Eingriff erstattet. Dasselbe gilt auch, falls der Eingriff in Gesundheitseinrichtungen bzw. von Fachärzten anderer Provinzen durchgeführt wurde.

C.9 Dermatologie: Leistungen im Privatbereich (nur für den/die Versicherungsnehmer/in gültiger Versicherungsschutz)

Für Versicherte im Alter zwischen 35 und 65 ist alle zwei Jahre die nachstehend erläuterte Erstattung der für eine hautärztliche Untersuchung getragenen Kosten vorgesehen. Wird die Untersuchung in privaten Einrichtungen, von privaten Fachärzten oder von im Krankenhaus freiberuflich tätigen Fachärzten erbracht, werden bis zu **100% der Rechnung/des Belegs** erstattet, wobei jedoch ein Anteil in Höhe von **50,00 Euro** (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) zu Lasten des/der Versicherten geht.

Für Patienten mit mittelschwerer/schwerer Schuppenflechte (PASI \geq 10) und bei schwerem, atopischem Ekzem ist Folgendes vorgesehen:

- ein Anteil zur Kostenerstattung von Thermalkuren (**40,00 Euro pro Tag**)
- die Erstattung der Spesen für Fototherapien (PUVA und Bade-PUVA) zu 100% ohne Freibetrag

Die jährliche Verfügbarkeit für diesen Versicherungsschutz beträgt 1.000,00 Euro.

D. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN - GERÄTE

D.1 Orthopädische Prothesen und Hörgeräte

Die Kosten für den Kauf oder die Anleihe orthopädischer Prothesen und Hörgeräte werden zu **80%** erstattet, wobei jedoch ein Anteil (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) in Höhe von **50,00 Euro** je Rechnung zu Lasten des/der Versicherten geht.

Ferner ist bei dokumentiertem klinischem Bedarf **zu den oben genannten Bedingungen** ein Beitrag für den Erwerb einer der nachstehenden medizinischen Einrichtungen vorgesehen:

- Korsett C35
- Stabkorsett
- Donjoy-Knieorthese.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich 1.000,00 Euro je Haushalt zur Verfügung.

D.2 Medizinische Einrichtungen für chronische Krankheiten (Diabetes)

Die Kosten für den Kauf innovativer Systeme (Anzeigergeräte und Sensoren) zur kontinuierlichen Glukosemessung, die noch nicht vom Sanitätsbetrieb der Provinz rückvergütet werden, werden zu 80% erstattet.

Die jährliche Verfügbarkeit für diesen Versicherungsschutz beträgt 300,00 Euro.

E. GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG

In Anwendung der europäischen Richtlinie 2011/24/EU über das Recht von Patienten auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung trägt der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen Teil der Kosten für die Gesundheitsleistungen, die innerhalb der EU-Staaten sowie Liechtenstein, Island und Norwegen in Anspruch genommen werden.

Der Versicherungsschutz deckt die Differenz zwischen den für die im Ausland getragenen Kosten und den von der Provinzbehörde erstatteten Betrag.

Es ist folgende Dokumentation erforderlich: Krankenkassennachweis mit dem erstatteten Wert und Belege zu den entsprechenden, im Ausland getragenen Kosten.

F. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT (nur für den/die Versicherungsnehmer/in gültiger Versicherungsschutz)

Befindet sich der/die Versicherte in einem Zustand der Abhängigkeit, so gewährleistet die Gesellschaft die Erbringung von Pflegeleistungen in einem Wert, welcher der dem/der Versicherten monatlich garantierten Summe entspricht.

Damit dieser Versicherungsschutz greift, dürfen für die versicherten Personen die nachstehenden Nichtversicherbarkeitsbedingungen nicht zutreffen:

1. die Notwendigkeit der Unterstützung Dritter für das Durchführen einer oder mehrerer der nachstehend aufgezählten Handlungen des gewöhnlichen Lebens ab dem 01. August 2017:
 - a) sich fortbewegen;
 - b) sich waschen;
 - c) sich kleiden;
 - d) sich ernähren.
2. Anspruch auf bzw. Beantragung von mindestens 40% Zivilinvalidität, oder zu 40% anerkannte Zivilinvalidität;
3. bei Alzheimer-, Parkinson- und parkinsonschen Krankheiten wie multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Demenzerkrankungen infolge von akuter und chronischer Gefäßerkrankungen oder infolge von Diabetes mit neuropathischen bzw. angiopathischen Komplikationen oder aufgrund von nur durch Einnahme von mindestens 3 Arzneimitteln kontrollierbarer oder unkontrollierter arterieller Hypertonie (darunter versteht man jene besonderen Hypertonieformen, die trotz Einnahme hypertensiver Arzneimittel besonders hohe Blutdruckwerte aufweisen und auf die nicht klinisch eingegriffen werden kann);

4. Drogen-, Arzneimittelsucht, Alkoholismus, HIV, chronische Hepatitis.

Der/die Versicherte gilt als pflegebedürftig, wenn sein/ihr Gesundheitszustand nicht als stabil gilt und er/sie vorübergehend körperlich nicht in der Lage ist, mindestens drei der vier nachstehenden Tätigkeiten des täglichen Lebens alleine durchzuführen:

- 1 persönlichen Hygiene (die Fähigkeit, ein Maß an persönlicher Hygiene im Rahmen der alltäglichen Lebensgewohnheiten zu erfüllen: d.h. die oberen und unteren Körperteile zu waschen);
- 2 sich ernähren (die Fähigkeit, bereits gekochte und zur Verfügung gestellte Nahrung aufzunehmen, d.h. in der Lage zu sein, das Essen in den Mund zu führen und zu schlucken);
- 3 sich bewegen (die Fähigkeit, sich innerhalb seiner/ihrer Wohnung von Raum zu Raum zu bewegen, auch unter Zuhilfenahme jedweder Mittel);
- 4 sich kleiden (die Fähigkeit sich die eigenen Kleider an- und auszuziehen, einschließlich der üblicherweise verwendeten Prothesen);

und wenn er/sie vorübergehend, aber ständig Folgendes benötigt:

- 5 die Unterstützung einer dritten Person für die häusliche Pflege;
- 6 die stationäre Obhut eines Arztes oder von Pflegepersonal.

Der Versicherungsschutz berücksichtigt keine Ereignisse/Unfälle, die einen Zustand ständiger Pflegebedürftigkeit hervorrufen.

Die monatlich garantierte Summe beträgt 500,00 Euro für höchstens 3 Jahre.

F.1 Pflegepläne für vorübergehende Pflegebedürftigkeit

Sollte sich der/die Versicherte in einem unter dem Punkt „Vorübergehende Pflegebedürftigkeit“ beschriebenen Zustand befinden, wird die Gesellschaft zusätzlich zu den im vorstehenden Punkt angeführten Leistungen mit Hilfe eines Assistance Managers (AM) **individuelle sozialfürsorgliche Hilfspläne** erstellen und eventuell über die oben angeführte verfügbare Jahressumme auch **ermäßigte Tarife für Pflegepersonal und andere informative Hilfestellungen/häusliche Pflege** zur Verfügung stellen (**die Kosten der Leistung gehen zu Lasten des Mitglieds**).

F.2 Greifen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt ausschließlich für die bei SANI-FONDS eingeschriebenen Angestellten, auch falls diese ihre Anstellung durch vorübergehende Pflegebedürftigkeit, wie sie im vorliegenden Dokument beschrieben wird, verloren haben sollten, sofern der Versicherungsschutz beim Ansuchen um die entsprechende Leistung noch bestand.

G. Second Opinion

G.1 Ärztliches Zweigutachten

Der/die Versicherte kann zusätzlich zur ärztlichen Bewertung eine zweite ärztliche Meinung von spezialisierten Facheinrichtungen und Kompetenzzentren innerhalb der EU-Staaten und der Schweiz einholen.

Ferner in Bezug auf die nachstehend angeführten Pathologien:

- kardiovaskuläre Krankheiten
- zerebrovaskuläre Krankheiten (Schlaganfall)
- Blindheit
- Taubheit
- bösartige Tumore
- Nierensuffizienz
- Organtransplantation
- Multiple Sklerose
- Lähmung
- Alzheimer-Krankheit
- Parkinson-Krankheit
- Schwere Verbrennungen
- Koma

Jedenfalls kann das internationale Zweitgutachten auch für all jene Pathologien aktiviert werden, die als ein erhebliches Risiko für den Gesundheitszustand des/der Versicherten eingestuft werden.

Die Kosten für den Telefonservice und eine eventuelle Übersetzung der Krankengeschichte gehen nicht zu Lasten des/der Versicherten.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.
2. Keinerlei Wartezeiten.
3. Die Versicherungsdeckung hat eine zweijährige Laufzeit von 00.00 Uhr des 01. August 2017 bis 24.00 Uhr des 31. Juli 2019 für alle von den Unternehmen bzw. Organisatoren beim Fonds angemeldeten Arbeitnehmer. Sani-Fonds kann eine Verlängerung des Versicherungsschutzes um weitere zwei Jahre beantragen, und zwar von 00.00 Uhr des 1. August 2019 bis 24.00 Uhr des 31. Juli 2021, indem der Versicherungsgesellschaft mindestens 180 Tage vor dem natürlichen Vertragsende eine entsprechende schriftliche Mitteilung an die Versicherungsgesellschaft übermittelt wird
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich bei Krankheit und Unfall nicht nur auf die EU-Länder, sondern auf die ganze Welt, um dem/der Versicherten den vollen Zugang zu den verfügbaren Kompetenzzentren zu ermöglichen.
5. Hiervon ausgenommen sind:
 - i. auf Selbstmordversuche, eigene kriminelle Handlungen bzw. Selbstschädigung zurückzuführende Unfälle;
 - ii. auf Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka und die Einnahme von Drogen (außer zu therapeutischen Zwecken) oder Halluzinogenen zurückzuführende Krankheiten und Vergiftungen;
 - iii. folgende Sportunfälle: Flug-, Motorrad-, Automobilsportarten, Freeclimbing, sowie Teilnahme an entsprechenden Wettrennen oder Trainings offizieller oder inoffizieller Art;
 - iv. Unfälle bei professionellen Sportveranstaltungen und entsprechenden Trainings;
 - v. Folgen von Kriegsereignissen, Aufständen, Unruhen, Aggressionen oder Gewalttaten mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen der/die Versicherte freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von Terrorakt;
 - vi. direkte oder indirekte Folgen von nuklearer Kontamination, Atomkernumwandlung sowie Strahlungen durch das künstliche Beschleunigen atomarer Teilchen, außer zu therapeutischen Zwecken;
 - vii. Folgen von Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Seebeben;
6. Für Angestellte im Dienst und ihre/n zu Lasten lebende/n Ehepartner/in sind keinerlei Altersgrenzen vorgesehen.
7. Bei freiwilliger Verlängerung durch den/die Versicherungsnehmer/in und den/die zu Lasten lebende/n Ehepartner/in kann die Versicherung bis zum 80. Lebensjahr des/der Versicherten abgeschlossen bzw. erneuert werden und endet automatisch zur ersten Jahresfälligkeit der Police nach Erreichen des 81. Lebensjahrs des/der Versicherten.
8. Wie bereits in der Police genauer erklärt, sind die Leistungen in den Bereichen Urologie, Dermatologie, Gynäkologie und vorübergehende Pflegebedürftigkeit ausschließlich dem/der Versicherungsnehmer/in vorbehalten, alle übrigen Leistungen hingegen dem gesamten Haushalt.
9. Sofern sich der/die Versicherungsnehmer/in (bzw. der Haushalt) an öffentliche Gesundheitseinrichtungen oder an damit vertragsgebundene Einrichtungen wendet, werden sämtliche in der vorliegenden Police angeführten Leistungen auf der Grundlage des eingereichten Tickets erbracht. In diesem Fall ist keine Verschreibung des Facharztes notwendig, und alle Tickets werden im Rahmen des versicherten Maximalbetrages vollständig zurückerstattet.