

LEITFADEN FÜR DEN ERHALT DER GESUNDHEITSLAISTUNGEN - DIREKTE LEISTUNGSABRECHNUNG ODER ERSTATTUNG DER KRANKHEITSKOSTEN -

Dieser Leitfaden beschreibt die operativen Abläufe, die die Versicherten beachten müssen, um zum Erhalt der über die RBM Salute versicherten Leistungen zu gelangen.

Es sind folgende zwei **Leistungsmodalitäten** vorgesehen:

- a) **Direkte Leistungsabrechnung:** die Versicherten können an alle erhaltenen Leistungen über die vorgesehenen Netzwerk Vertragsstrukturen, die über die Previmedical S.p.A zur Verfügung gestellt werden, gelangen. Previmedical ist eine spezialisierte Service-Gesellschaft mit dem Auftrag das Netzwerk zu verwalten und ist berechtigt eine direkte Zahlungsabrechnung der erhalten Leistung an die konventionierten Vertragsstrukturen für den Versicherten zu übernehmen. Damit muss der Versicherte, außer bei einer vertraglich vorgesehenen Selbstbeteiligung, keine Vorauszahlung erbringen da eine direkte Abrechnung vorgesehen ist.
- b) **Antrag auf Erstattung:** die Versicherten können die abgerechneten erhaltenen Leistungen, die nicht über die im vorgesehenen Netzwerkstrukturen geleistet wurden, beantragen. Es ist dem Versicherten frei gestellt die Struktur zu wählen, auch wenn diese nicht an das vorgesehene und zur Verfügung stehende Netzwerk gebunden ist (mit der Ausnahme, dass man eine Vertragsstruktur aufgesucht hat ohne vorher das Customer Care Center darüber zu informieren). Alle Leistungen sind bis zu den in der Police vertraglichen Konditionen und vorgesehenen Versicherungssummen erhältlich.

Der Versicherte muss, wenn von der Gesellschaft ausdrücklich verlangt, den Ausgleich der Rechnungen durch Einreichen der Zahlungsbestätigungen oder -quittungen nachweisen.

Der Versicherte hat auf alle Fälle die Pflicht, wenn eine Previmedical Vertragsstruktur aufgesucht wird, durch Vorlage der RBM Salute Card, sich zu identifizieren. Durch die Vorlage der RBM Salute Card erhält man einen Rabatt. Es werden dann trotzdem die vertraglich vorgesehenen Selbstbeteiligungen zu Lasten des Versicherten bei der Abrechnung angerechnet, da eine direkte Zahlung und Abrechnung über Previmedical zu noch günstigeren Konditionen stattgefunden hätte.

Nicht vorgesehen sind die Leistungen die Genesungshäuser, Gesundheitskolonien und Kurhäuser erbracht werden da diese auf diätetische und ästhetische Zwecke oder zur Langzeitbehandlung (RSA) ausgerichtet sind und damit nicht als anerkannte Kurhäuser eingestuft werden. Außerdem nicht anerkannt sind Studios, Turnvereine, Schönheitsstudios, Wellness Hotels, Ärzte Hotels, Wellness Studios auch wenn an ein Ärzte - Zentrum angegliedert.

Physiotherapeutische und rehabilitative Leistungen sind nur dann anerkannt, wenn diese in ärztlichen Praxen ausgeführt werden. Um diese Leistungen, die unter körperlich und rehabilitative Medizin verstanden werden, und die zur Rückgewinnung von ein oder mehr Körperteile aufgrund Krankheit oder Unfall dienen, erbringen zu können, müssen diese von Medizinerinnen oder professionelle Physiotherapeuten die ein in Physiotherapie und in Italien anerkannten Universitäts- oder ähnlichen qualifizierten Titel nachweisen können.

Der Versicherte hat in der Homepage über den Kundenbereich folgende Möglichkeit :

- a) Einsicht in das Verzeichnis aller konventionierten Vertragsstrukturen und – Ärzten
- b) Das Rückerstattungsformular ausfüllen (begrenzt auf das was im folgendem § II, Buchstabe A.3 angeführt ist).

Das Einloggen in den Kundenbereich ist für den Versicherten möglich wenn Ihm vorher die Logindaten und ein Password mitgeteilt wurden.

Dem Versicherten steht außerdem auch der Service “ MEINE RUECKERSTATTUNG” zur Verfügung, durch die Aktivierung diesen Services kann der Kunde jederzeit sowie genaue Informationen über den Leistungsstand seiner Rückerstattung durch erhalten eines SMS auf das eigene Handy erhalten.

Der Service sieht eine Benachrichtigung nach folgenden Aktivitäten vor:

- a) Bestätigung der Leistungsabteilung bei Erhalt der Rückerstattungsformularen;
- b) eventuelle Zurückstellung der Anfrage bei lückenhafter Vorlage der notwendigen Dokumentation;

- c) Info einer Zahlungsanweisung der Rückerstattungsbeträge;
- d) Ablehnung von unberechtigten Kosten.

Weitere Details über die Aktivierung des Services "MEINE RUECKERSTATTUNG" sind im folgendem § II, Buchstabe C., "MEINE RUECKERSTATTUNG" enthalten.

Den Versicherten wird auch die Möglichkeit eingeräumt eine nicht konventionierte Struktur oder Arztes der Previmedical mitzuteilen sodass an er Prüfung die Konventionierung durch Vertragskonditionen angeboten wird. Hierbei ist ausreichend eine E-Mail an die Previmedical mit der Bitte um Kontaktaufnahme an folgende E-Adresse zu senden : ufficio.convenzioni@previmedical.it

I. KRANKENVERSICHERUNGSLEISTUNGEN DURCH VERTRAGSSTRUKTUREN

Um die Behandlung über die Vertrags-Strukturen,-Ärzte und -Personal und deren direkte Abrechnung zu erhalten muss der Versicherte immer den Customer Care Center der Previmedical S.p.A., die im Auftrag der RBM Salute agiert , kontaktieren.

Es folgt in detaillierter Weise die Prozedur die der Versicherte beachten muss. Die Prozedur ist je nach Pathologie und Eingriff abhängig und unterschiedlich.

A) STATIONÄRE BEHANDLUNGEN UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE

VOR EINEM STATIONÄREN AUFENTHALT/CHIRURGISCHER EINGRIFF

A.1.1 BESTÄTIGUNG

Vor einem stationären Aufenthalt oder bevor eines chirurgischen Eingriffes **muss der Versicherte den Customer Care Center (CCC) kontaktieren** um eine Zusage der vorgesehen Behandlungen durch Vertragsstrukturen zu erhalten.

Um diese Zusage zu erhalten, muss der Versicherte eine der aufgelisteten Hotlines kontaktieren:

- **800. 99.03.04** vom Festnetz (Kostenfrei);
- **199. 28.41.10** über Mobil Funk (vorteilhafte Taktabrechnung);
- **0039 0422.17.44.173** für Auslandsanrufe.

Um eine Zusage zu erhalten muss der Versicherte mindestens 48 h (Arbeitsstunden) vor Einlieferung die Anfrage an den Customer Care Center stellen.

Es ist selbstverständlich dass die Anfrage an den Customer Care Center rechtzeitig mitgeteilt werden muss auch unter Berücksichtigung der vorgesehen geplanten Behandlung oder Eingriffes.

Der Customer Care Center (CCC) verpflichtet sich, nach Prüfung, für die innerhalb des Netzwerkes / Vertragsstrukturen geltende Anfrage, für die vorgesehen Behandlung oder Eingriffes eine Antwort bzw. Zusage für stationäre Leistungen mindestens 7 Kalendertage, für fachärztliche und Zahnleistungen reduziert auf 3 Kalendertage, vor dem geplanten Behandlungstag mitzuteilen. Das bedeutet dass der Versicherte Zeitgerecht sich aktivieren muss (mindestens 48 Arbeitsstunden vom dem Datum in dem eine abschließende Antwort des CCC erfolgen muss).

Wenn die Anfrage an den Customer Care Center innerhalb 7 Tage vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes gestellt wurde, mindestens 48 Arbeitsstunden vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes, erhält der Versicherte auf jeden Fall eine Zusage des Customer Care Center ohne aber die o.g. Zeiten einhalten zu müssen .

Beispiel – **Krankenhausleistungen** – Wenn die Anfrage dieser Leistungen innerhalb der **Netzwerkes / Vertragsstrukturen** stattfinden sollen und diese an den CCC **innerhalb** von 10 Kalendertagen vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes gestellt wurde, dann wird der CCC eine Antwort innerhalb 3 Tagen erteilen . Falls die Anfrage 4 Kalendertagen vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes, also **mindestens 48 Arbeitsstunden vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes**, gestellt wurde wird der CCC eine Antwort liefern.

Auf jeden Fall, weisen wir darauf hin, dass in der Start-up Phase , die oben genannten Zeiten und damit die vereinbarten Service Levels bis zur vollständigen Erhalt der kompletten anagraphischen Daten aller Sani-Fonds Mitglieder die an dem Gesundheitsplan, nicht eingehalten werden können . Deshalb ist es wichtig dass der Versicherte für die innerhalb des Netzwerkes / Vertragsstrukturen geltende Anfragen so frühzeitig wie möglich den Customer Care Center kontaktiert.

Der Customer Care Center (CCC) steht dem Versicherten rundum 24 h / 365 Tage zur Verfügung.

Folgende Informationen muss der Versicherte dem **CCC** mitteilen:

- Nachname / Name der versicherten Person für die eine Behandlung/ Eingriff vorgesehen ist;
- Telefon Nr. der versicherten Person für die eine Behandlung/ Eingriff vorgesehen ist;
- Behandlungs- oder Einlieferungsdatum;

Der Versicherte muss an den CCC per **Fax**, an die folgende Nr. **0422.17.44.673**, senden:

- Ärztliche Verschreibung der vorgesehen Behandlung. **Die Verschreibung muss von einem Arzt ausgestellt werden der nicht der Facharzt ist der die fachärztliche Behandlung/en der vorgesehenen Leistungen (direkt oder indirekt) ausüben wird. Folgende spezifische Dokumentation muss zugesandt werden;**
- Diagnose;
- Ärztliche Verschreibung für die vorgesehenen Krankenhausbehandlungen ;
- Bei Unfall erste Hilfe Bericht .

Die Zusage über die vorgesehenen Leistungen und deren Höchstbeiträge wird über den CCC fristgerecht innerhalb der vereinbarten Zeiten erteilt, sobald die vorgesehen verwaltungstechnische und medizinische Prüfung vollzogen wurde.

Wir weisen darauf hin, dass die Kosten für Behandlungen und Leistungen die für Krankenhausaufenthalte sowohl Day Hospital Aufenthalte, die nicht in Folge von Krankheit oder Unfall stattfinden und deren Behandlungen oder physische Therapie aus medizinisch-technischer Seite auch ambulant hätte durchgeführt werden können, nicht durch eine direkte Abrechnung mit der Vertragsstruktur erfolgen sondern, nach Vorleistung des Versicherten und Prüfung, dem Versicherten innerhalb der vorgesehen vertraglichen Höchstversicherungssummen und Selbstbeteiligungen des "Bereiches Fachärztliche Leistungen " erstattet werden.

Bei Anmeldung in einer der Netzwerk Krankenhäuser (Vertragsstrukturen) muss der Versicherte die schriftlich vom CCC erhaltene Zusage oder das SMS mit Code.-Nr. vorlegen.

Dr Versicherte ist verpflichtet jede Änderung oder zusätzliche Dokumentation der vorher erteilten Zusage dem Customer Care Center mitzuteilen als Mitteilung. Es ist dann eine erneute administrative und medizinische Prüfung und damit einer erneute Zusage an den Versicherten notwendig

A.1.2 Aktivierung

Der Versicherte kann selbst durch Internet Anschluss über die Webseite www.sani-fonds.previmedical.it - AREA ISCRITTO selbst unter dem Punkt "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line" die innerhalb des Netzwerkes / Vertragsstrukturen geltende Anfrage online einfügen.

Der Versicherte muss die Person auswählen für die eine Anfrage online gestellt wird, danach wird eine Maske sichtbar in der die Suchbegriffe eingegeben werden müssen um die gewünschte Vertragsstruktur aufzurufen:

- Art der Struktur an der man sich wenden möchte (Praxis, Klinik, Zahnarzt, Labor , etc.);
- Die Provinz und den Sitz der Struktur.

Zusätzliche Angaben können sein:

- Name der Struktur;
- die Gemeinde in der die Struktur ansässig ist;
- Postleitzahl;

Anhand der vom Versicherten eingefügten Daten erfolgt die Suche.

Nach Ablauf des Suchverlaufes erscheinen alle Netzwerk Vertragsstrukturen die aufgrund des eingegeben Krankheitsbildes für den Versicherten zur Wahl stehen und aus der eine Struktur ausgewählt werden muss.

Das System ermöglicht dann durch ausfüllen der vorgesehenen Felder im Bereich "Richiesta assistenza convenzionata on-line".die Aktivierung der Online Prozedur der Anfrage .

Jetzt kann der Versicherte die Anfrage die dann an den CCC weitergeleitet wird bestätigen.

A.1.3 AUSNAHME: MEDIZINISCHE DRINGENDE FÄLLE

Für diese Fälle wie, Krankheiten/ Pathologien die einem akuten Status erreicht haben oder für Frakturen die unfreiwillig, oder durch externe Gewalt verursacht wurden, können die Netzwerk Vertragskonditionen mit den Strukturen **ohne** Einhaltung einer Frist angefordert werden.

Um diese Anfrage der Notfällen zu beantragen muss der Versicherte den Customer Care Center kontaktieren der die vorgesehene Notfall-Dokumentation an die Vertragsstruktur sendet die vom Versicherten aufgesucht worden ist.

Das ausgefüllte Formular und die Anlagen müssen Customer Care Center an folgende per Fax Nr. gesandt werden (**0422.17.44.673**):

- ärztliche Verschreibung (Diagnostik und Pathologietyp) für die Leistungen die erforderlich sind. Die Verschreibung muss eindeutig auf die Dringlichkeit hinweisen so dass die vorgesehen Notfallprozedur und eine folgende Zusage aktiviert werden kann.
- Bei Unfällen, erste Hilfe Bericht der innerhalb 24 h nach dem Unfall ausgestellt und der das genaue Unfallgeschehen genau dokumentiert.

Der Customer Care Center verpflichtet sich für die o.g. dringenden Fällen eine Prüfung innerhalb von 24 h (Arbeitsstunden) durch zu führen; außerdem verpflichtet sich der CCC auch die dringenden Anfragen zu bearbeiten, die mit weniger als 24 h Vorankündigung zugesandt werden, ohne für diese Fälle ein positives Ergebnis garantieren zu können.

In den Fällen für die für den Versicherten eine Kontaktierung des CCC absolut nicht möglich gewesen ist besteht die Möglichkeit die Anfrage innerhalb 5 Tagen nach Einlieferung, auf jeden Fall aber vor der Entlassung aus der Vertragsstruktur, zu beantragen. Gleichzeitig muss der Versicherte die notwendige o.g. Dokumentation an den CCC übermitteln.

Es bleibt dennoch der operativen Zentrale vorbehalten, die endgültige Bewertung über das Vorhandensein der Voraussetzung der Schwere des Einzelfalls vorzunehmen. Dieser Bewertung wird die Aktivierung des Notfallablaufs untergeordnet.

Die Prozedur die für dringende medizinische Fälle vorgesehen ist kann nicht für Auslandsleistungen/-Fällen aktiviert werden. Für diese Fälle im Ausland muss, um eine Zusage erhalten zu können, bindend der CCC kontaktiert werden.

A.1.4 NICHT AKTIVIERUNG DES CUSTOMER CARE CENTER

Falls der Versicherte ohne Aktivierung des Customer Care Center die Leistungen der Netzwerk Vertragsstrukturen in Anspruch nimmt, wird folgende Vorgehensweise angewandt: die abgerechneten Leistungen müssen vom Versicherten ausgeglichen und der RBM Salute eingereicht werden. Die Erstattung der vorgesehenen Leistung innerhalb der Vertragskonditionen erfolgt nach Prüfung.

A.2 DIE GENEHMIGUNG

Die GENEHMIGUNG kann, unter Einhaltung aller in Paragraph A.1 aufgeführten Konditionen, durch den Customer Care Center direkt an die Vertragsstruktur erfolgen. In diesen Fällen erhält der Versicherte vom CCC eine Mitteilung über die erteilte Zusage per Fax , E-mail oder per SMS.

NACH EINEM KRANKENHAUSAUFENTHALT/CHIRURGISCHEN EINGRIFF

Der Versicherte muss bei Entlassung des Krankenhausaufenthalt die Rechnungen gegenzeichnen die die Vertragsstruktur erstellt und die die vertraglich vorgesehen Selbstbeteiligungen oder nicht vorgesehen Listungen ausweisen sowie Telefonkosten, Fernseher, Kosten für die Entlassungsberichte, administrative Leistungen usw.

Previmedical wird nach Erhalt der von der Vertragsstruktur ausgestellten Rechnungen und aller medizinischer Dokumentation (ärztliche Verschreibung, Diagnose oder Diagnoseverdacht, Entlassungsberichte / Krankenakte mit kur und langfristiger Anamnese.

Der Versicherte erhält dann Nachweis über die Rechnungsausgleiche.

B) FACHÄRZTLICHE VISITEN, DIAGNOSTISCHE FESTSTELLUNGEN UND LEISSTUNGEN AUSSERHALB DES KRANKENHAUSES

VOR LEISTUNGSERHALT

B.1.1 GENEHMIGUNG

Vor Erhalt der Leistungen muss der Versicherte den Customer Care Center kontaktieren, um eine Genehmigung über die vorgesehen Leistungen durch Netzwerk Vertragsstrukturen/ Ärzte zu erhalten und der direkter Zahlungsausgleich der Rechnungenghem ; da die mit den

konventionierten Vertragsstrukturen vereinbarte Konditionen sich mit der Zeit verändern können, ist es notwendig und unumgänglich das über das CCC die konventionierte Strukturen oder Ärzte aktiviert werden. Ohne das CCC ist eine Aktivierung der Konditionen nicht möglich.

Um diese Zusage zu erhalten, muss der Versicherte eine der angeführten Hotlines kontaktieren:

- **800. 99.03.04** vom Festnetz (Kostenfrei);
- **199. 28.41.10** über Mobil Funk (vorteilhafte Taktabrechnung);
- **0039 0422.17.44.173** für Auslandsanrufe.

Um eine Zusage zu erhalten, muss der Versicherte mindestens 48 h (Arbeitsstunden) vor Einlieferung die Anfrage an den Customer Care Center stellen.

Es ist selbstverständlich, dass die Anfrage an den Customer Care Center rechtzeitig mitgeteilt werden muss auch unter Berücksichtigung der vorgesehen geplanten Behandlung oder Eingriffes.

Der Customer Care Center (CCC) verpflichtet sich, nach Prüfung, für die innerhalb des Netzwerkes / Vertragsstrukturen geltende Anfrage, für die vorgesehen Behandlung oder Eingriffes eine Antwort bzw. Zusage für stationäre Leistungen mindestens 7 Kalendertage, für fachärztliche und Zahnleistungen reduziert auf 3 Kalendertage, vor dem geplanten Behandlungstag mitzuteilen. Das bedeutet dass der Versicherte Zeitgerecht sich aktivieren muss (mindestens 48 Arbeitsstunden vom dem Datum in dem eine abschließende Antwort des CCC erfolgen muss).

Wenn die Anfrage an den Customer Care Center innerhalb 7 Tage vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes gestellt wurde, mindestens 48 Arbeitsstunden vor Behandlung oder Einlieferung/Eingriffes, erhält der Versicherte auf jeden Fall eine Zusage des Customer Care Center ohne aber die o.g. Zeiten einhalten zu müssen.

Beispiel – **Leistungen außerhalb des Krankenhauses** – Wenn die Anfrage dieser Leistungen innerhalb der **Netzwerkes / Vertragsstrukturen** stattfinden sollen und diese an den CCC **innerhalb** von 5 Kalendertagen vor Behandlung gestellt wurde, dann wird der CCC eine Antwort innerhalb 3 Kalendertagen vor der vorgesehenen Behandlung liefern (2 Tage nach Erhalt der Anfrage) . Falls die Anfrage 3 Kalendertagen vor der Behandlung, aber **mindestens 48 Arbeitsstunden vorher** gestellt wurde, wird der CCC eine Antwort liefern.

Auf jeden Fall, weisen wir darauf hin, dass in der Start-up Phase, die oben genannten Zeiten und damit die vereinbarten Service Levels bis zum vollständigen Erhalt der kompletten anagraphischen Daten aller Sani-Fonds Mitglieder die an dem Gesundheitsplan teilnehmen, nicht eingehalten werden können. Deshalb ist es wichtig, dass der Versicherte für die innerhalb des Netzwerkes / Vertragsstrukturen geltende Anfragen so frühzeitig wie möglich den Customer Care Center kontaktiert.

Der Customer Care Center steht dem Versicherten rundum 24 h / 365 Tage zur Verfügung.

Folgende Informationen muss der Versicherte dem CCC mitteilen:

- Nachname / Name der versicherten Person für die eine Behandlung vorgesehen ist;
- Telefonnummer der versicherten Person für die eine Behandlung vorgesehen ist;
- Behandlungsdatum;
- *Ärztliches Attest das auf die spezifischen Leistungen hinweist mit Diagnose und/oder der diagnostischen Fragestellung. Die Verschreibung certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. Die Verschreibung muss von einem Arzt ausgestellt werden der nicht der Facharzt ist der die fachärztliche Behandlung/en der vorgesehenen Leistungen (direkt oder indirekt) ausüben wird. Folgende spezifische Dokumentation muss zugesandt werden;*

Der Customer Care Center prüft folgende verwaltungstechnischen Daten des Versicherten:

- Die meldeamtlichen Daten des Versicherten ;
- Den "Versicherten Status" (erscheint namentlich als Versicherter und Beitragszahlungen).

Danach wird der Customer Care Center eine medizinisch technische Prüfung der Anfrage einleiten beginnend mit einer Pre-Analyse der telefonisch durch den Versicherten mitgeteilten Informationen anhand der Ihm vorliegenden Unterlagen (ohne verbindliche Aussagen zu treffen werden schon die Leistungen und deren Höchstbeträge analysiert und mitgeteilt usw.)

Der CCC wird wenn nötig die Zusendung der vorliegenden ärztlichen/medizinischen Dokumentation per Fax Zusendung anfordern (ärztliches Attest mit Diagnose oder Diagnoseverdacht).

Die operative Zentrale genehmigt innerhalb der im Gesundheitsplan des Mitglieds vorgesehenen Leistungen, falls die verwaltungs- und versicherungstechnische Überprüfung positiv ausfallen. Beispielsweise werden die Facharztvisiten nicht anerkannt, falls diese von Hausärzten durchgeführt werden.

Der Leistungsnehmer erhält, im Falle eines positiven Ergebnisses der medizinisch-technischen Analyse der operativen Zentrale, von dieser die Genehmigung die Leistung auch außerhalb eines Krankenhauses durchführen zu lassen. Diese Mitteilung erfolgt mittels Fax, SMS oder E-mail. Die operative Zentrale genehmigt, im Falle eines positiven Ergebnisses der medizinisch-technischen Analyse, zudem mittels Fax, Telefonanruf oder E-mail der konventionierten Struktur, die Leistung an den Leistungsnehmer, im System der direkten Fürsorge, zu erbringen. Die Zahlung wird direkt von Previmedical erbracht, dabei werden Kosten, welche nicht im Gesundheitsplan enthalten sind, hervorgehoben, zu diesen zählen unter anderem die Leistungen der Alternativ- oder Komplementärmedizin, welche vom Nationalen Verband der Kammern der Ärzte und Zahnärzte als "nicht konventionelle" ärztliche Behandlungsweisen (wie z.B. Chyropaxis, Osteopathie usw.) definiert sind, mit Ausnahme der explizit im Versicherungsschutz inbegriffenen Leistungen.

Um bei der konventionierten Struktur die genehmigte Leistung zu erhalten, muss der Leistungsnehmer die Genehmigung von der operativen Zentrale und die ärztliche Verschreibung vorweisen.

Der Leistungsnehmer muss vorab der operativen Zentrale jedwede Veränderung und/oder Ergänzung der genehmigten Leistung mitteilen, um die Ausstellung dieser Genehmigung, nach positivem Befund der verwaltungs- und medizinisch-technischen Kontrollen, zu erhalten.

B.1.2 DIE VORANMELDUNG

Der Versicherte kann, sofern er über einen Internetzugang verfügt, die Voranmeldung telematisch vornehmen, indem er auf den eigenen geschützten Bereich auf der Internetseite – MITGLIEDER BEREICH- zugreift und die verfügbaren interaktiven Funktionen in der Sektion "ONLINE ANFRAGE ZUR GENEHMIGUNG KONVENTIONIRTER LEISTUNGEN" nutzt.

Der Eingeschriebene muss den Leistungsnehmer, für den die Gesundheitsleistung beantragt wird, auswählen, indem der entsprechende Name des Leistungsnehmers angeklickt wird.

Nachdem der Leistungsnehmer, für welchen man die Leistung beantragen will, ausgewählt worden ist, hat das Mitglied die Möglichkeit über einen Filter die Suchkriterien zur Suche der Gesundheitsstruktur, welche die Leistung erbringen soll, auszuwählen. Diesbezüglich muss der Leistungsnehmer zwingend Nachstehendes angeben:

- Die Art der Gesundheitsstruktur, an die er sich wenden möchte (Ambulatorium, Klinik, Zahnarzt, Labor, usw.);
- Die Provinz, in der sich die Struktur befindet.

Es ist möglich die Suche weiter zu verfeinern, indem weitere Informationen eingegeben werden:

- Die Bezeichnung der gewünschten Struktur;
- Die Gemeinde in der sich die Struktur befindet;
- Die Postleitzahl;

Das System ermittelt die Auswahl der Gesundheitsstruktur anhand der eingegebenen Daten des Mitglieds.

Nach Eingaben der Daten in die Suchmaske, kann der Leistungsnehmer die Auflistung der Strukturen, welche die gewählten Leistungen anbieten und zum Netzwerk gehören, diese ansehen und erhält die Möglichkeit die vorab getätigte Wahl zu markieren.

Das System erlaubt es, online die Voranmeldung durch Ausfüllen der eigens in der Sektion "Online-Anfrage um konventionierte Leistungen" vorgesehenen Felder durchzuführen.



Hierbei hat der Leistungsnehmer, durch klicken auf “Bestätigung” die Voranmeldung an die operative Zentrale zu senden.

B.1.3 AUSNAHME: DRINGLICHE MEDIZINISCHE FÄLLE

Der Ablauf im Notfall sieht vor, dass die Leistungen im Netzwerk ohne die Vorankündigung von 48 Arbeitsstunden eingehalten werden müssen, kann nur begrenzt auf Pathologien/Krankheiten, welche akut sind oder im Falle von physischen Schäden, die objektiv überprüfbar sind und auf Zufall und auf externe Gewalteinwendung zurückzuführen sind.

Um den Notfallablauf zu aktivieren, muss die operative Zentrale kontaktiert werden, damit diese der Gesundheitsstruktur, in der die Leistung durchgeführt wird, das entsprechende Formular zum Ausfüllen übermittelt.

Das vorgesehene Formular wird mittels Fax (**0422.17.44.673**) an die operative Zentrale geschickt, dabei muss beigelegt werden:

- Die ärztliche Verschreibung, welche die diagnostische Fragestellung und die Art der Pathologie, für welche die Leistung beantragt wird, enthält und die unmissverständlich den Grund, weshalb es sich um einen Notfall und um eine unaufschiebbare Leistung handelt, ausweist, um eine Genehmigung in Abweichung vom normalen Ablauf zu erhalten;
- Bei einem Unfall, muss das Erste Hilfe-Protokoll innerhalb von 24 Stunden nach dem Vorfall gesendet werden, da Dokumentationspflicht besteht. Im Falle zahnärztlicher Eingriffe nach Unfall müssen diese den beim Unfall erlittenen Schäden entsprechen, der Unfall muss durch entsprechender Dokumentation belegt werden (Erste Hilfe Protokoll, OPT, Röntgenaufnahmen und Photographien).

Die operative Zentrale ist darum bemüht, die Notfall-Anfragen, welche mit einer Vorankündigung von mindestens 24 Arbeitsstunden eintreffen, zu verwalten, zudem ist die operative Zentrale darum bemüht, dass Notfall-Anfragen, welche mit einer Vorankündigung von weniger als 24 Arbeitsstunden eintreffen, ohne in diesem Fall eine Garantie über das Gelingen der Aktivierung zu geben.

Für jeden einzelnen Fall bleibt die abschließende Beurteilung über das Vorhandensein der Voraussetzung der Schwere, diese wird von der operativen Zentrale durchgeführt.

Der Ablauf im Notfall kann bei Gesundheitsleistungen im Ausland nicht aktiviert werden. In diesen Fällen muss der Leistungsnehmer immer die Genehmigung der operativen Zentrale erhalten.

B.1.4 FEHLENDE AKTIVIERUNG DER OPERATIVEN ZENTRALE

Falls der Leistungsnehmer sich an konventionierte Gesundheitsstrukturen wendet, ohne vorab bei der operativen Zentrale um die entsprechende Aktivierung angesucht zu haben, wird die Leistung gemäß Rückerstattungssystem verrechnet. In diesem Fall wird der Leistungsnehmer in Vorkasse gehen und die entsprechende Rückerstattung abzüglich eventuellem Selbstbehalt/Höchstgrenzen erhalten.

B.2 DIE ANMELDUNG

Es ist weiterhin notwendig vorab die Genehmigung, laut Absatz B.1, von der operativen Zentrale mit Bezug einzuholen. In Bezug auf die Voranmeldung der Leistungen, kann diese vom Leistungsnehmer über die operative Zentrale oder direkt über die konventionierte Struktur beantragt werden. Falls die Anmeldung über die operative Zentrale erfolgt, wird diese dem Leistungsnehmer per Telefon, Fax oder E-mail bestätigt.

NACH INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNG

Nachdem die Leistung in Anspruch genommen worden ist, muss der Leistungsnehmer die ausgestellte Rechnung der konventionierten Struktur gegenzeichnen. In dieser Rechnung wird der eventuelle Anteil zu Lasten des Leistungsnehmers (bei eventueller Selbstbeteiligung oder bei Leistungen, welche nicht im entsprechenden Gesundheitsplan enthalten sind) angeführt. **Previmedical wird die Zahlung der Ausgaben innerhalb der vorgesehenen Fristen, nachdem die Gesundheitsstruktur die vollständige Rechnung und die entsprechende Dokumentation übermittelt hat, übernehmen.**

Der Leistungsnehmer wird eine geeignete Bestätigung erhalten, welche die getätigte Auszahlung belegt.

II. DIE GESUNDHEITSLEISTUNGEN BEI RÜCKERSTATTUNG

A.1 WIE BEANTRAGE ICH DIE RÜCKERSTATTUNG?

Um die Rückerstattung zu erhalten, muss der Leistungsnehmer, am Ende seines Pflegezyklus', sobald die vollständige ärztliche Dokumentation vorliegt, das Formular zur Rückerstattung vollständig ausfüllen und in Kopie folgende Dokumentation belegen:

- ärztliche Unterlagen

- a) Verschreibung** mit Angabe der diagnostisch-therapeutischen Fragestellung und/oder der Diagnose. Bei Unfall muss zudem das Erste Hilfe Protokoll beigelegt werden, da die Dokumentation objektiv nachvollzogen werden muss. Im Falle von zahnärztlichen Leistungen in Folge eines Unfalls, müssen die erbrachten Leistungen den Verletzungen entsprechen und der Unfall muss objektiv nachvollzogen werden können, indem die dies belegende Dokumentation beigelegt wird (Erste Hilfe Protokoll, OPT, Röntgenaufnahmen und Photographien). Zudem müssen auf der Spesenaufstellung detailliert die durchgeführten Leistungen angeführt werden.
Die Verschreibung muss von einem anderen Arzt als dem Facharzt, der die Leistung in direkter oder indirekter Weise durchgeführt hat, ausgestellt sein, sondern von einem anderen Arzt. Falls der Arzt, der die Leistungen erbracht hat auch die Verschreibung ausgestellt haben sollte, müssen diese Leistungen auch durch die Übermittlung des entsprechenden Befundes belegt werden;
- b) Vollständige Krankenakte** und Entlassungsschein aus dem Krankenhaus (S.D.O.), im Falle der Einlieferung und Aufenthalt bei Nacht und bei Tag (Day Hospital). Zum Day Hospital zählt nicht der Aufenthalt in der Ersten Hilfe bei dem Gesundheitsinstitut.
- c) Ärztlicher Bericht**, der die Art der Pathologie und der erbrachten Leistungen, im Falle eines ambulatorischen Eingriffs mit eventuellem histologischem Gutachten, falls ein solches durchgeführt worden sein sollte, bestätigt.
- d) Bescheinigung des Augenarztes** oder eines regulär zugelassenen Optikers, welche die Veränderung des visus, im Falle des Ankaufs von Linsen (falls von der getätigten Auswahl vorgesehen), bescheinigt, Einweglinsen sind dabei immer ausgeschlossen. Es muss angegeben werden ob es sich um die Verschreibung der ersten Linsen handelt und zudem ist es notwendig das Angemessenheitszertifikat des Optikers, gemäß GvD 24.02.97 Nr.46, und eine Kopie der Hülle der gekauften Linsen vorzulegen;
- e) Alles Weitere**, das zur korrekten Auszahlung des Leistungsfalles benötigt wird;

- **Belege der Ausgabe mit Abrechnung** (Rechnung, Teilrechnung, Quittung), ausgestellt von der Gesundheitsstruktur, des Ärztezentrum, hierzu zählen Strukturen, welche auch keine Einlieferung vornehmen können, nicht nur ästhetische Behandlungen anbieten und die entsprechend der geltenden gesetzlichen Vorgaben organisiert, ausgestattet und autorisiert sind, diagnostische und therapeutische Gesundheitsleistungen einer hohen Komplexität (diagnostische Untersuchungen, Laboranalysen, Anwendung elektromedizinischer Geräte, physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen) zu erbringen und eine Gesundheitsdirektion haben. Die Rechnung, welche von einem Ärztstudio oder Facharzt ausgestellt wurde, muss offenkundig und leserlich die Spezialisierung des Arztes enthalten, die im Einklang mit der Diagnose sein muss.

Die gesamte Dokumentation muss steuerrechtlich im Einklang mit den geltenden gesetzlichen Vorgaben sein und in italienischer Sprache ausgestellt werden oder mit beigelegter italienischer Übersetzung. Es werden keine Rechnungsdokumente angenommen, welche Korrekturen oder Streichungen aufweisen.

Für die korrekte Bewertung der Rückerstattungsanfragen bzw. die Überprüfung der Korrektheit der kopierten Unterlagen, können auch die Originale der erwähnten Dokumentation nachgefragt werden.

Falls der Leistungsnehmer von Fonds oder Körperschaften eine Rückerstattung erhält, ist die Übermittlung der Auszahlungsunterlagen dieser Körperschaften zusammen mit den Kopien der Rechnungen, welche für diese Rückerstattung eingereicht wurden, notwendig.

Die dem Leistungsnehmer zustehende Summe wird unter Berücksichtigung eventueller Selbstbehalte/Leistungsgrenzen berechnet.

A.2 DER RÜCKERSTATTUNGSANTRAG IN PAPIERFORM

Der Leistungsnehmer muss nach erhaltener Leistung das Formular um Rückerstattung, welches auf der Internetseite www.sanifonds.previmedical.it (Sektion: Formulare) heruntergeladen werden kann, gänzlich ausfüllen und eine **Kopie** der oben erwähnten Unterlagen beilegen.

Das Formular und die entsprechenden Anhänge müssen an folgende Adresse geschickt werden:

SANI-FONDS
ufficio Liquidazione c/o Previmedical
Casella Postale n. 30
31021 Mogliano Veneto (TV)

A.3 DER RÜCKERSTATTUNGSANTRAG ONLINE

Alternativ zu dem unter dem vorherigen Punkt A.2 vorgestellten Ablauf, kann der Leistungsnehmer, falls er die Zugangsdaten (login und password) besitzt, **die Anfragen um Rückerstattung**, für die erbrachten Gesundheitsleistungen, **on-line übermitteln, zusammen mit der entsprechenden ärztlichen Dokumentation über die Ausgabe**. Diesbezüglich muss der Leistungsnehmer auf den Mitgliederbereich auf der Internetseite www.sanifonds.previmedical.it (AREA RISERVATA) zugreifen. Die Dokumentation wird mittels Scan übermittelt, dadurch können diese rechtlich als gleichwertig zu den Originalen eingesehen werden. Die Gesellschaft behält sich vor, mit den Ärzten und den Gesundheitsstrukturen alle notwendigen Kontrollen durchzuführen, um einer missbräuchlichen Nutzung vorzubeugen. Die Übermittlung der Informationen erfolgt mit der Garantie eines sehr hohen Grades an Vertraulichkeit und Sicherheit (prot. SSL a 128 bit).

A.4 DER RÜCKERSTATTUNGSANTRAG TELEMATISCH

Zusätzlich zu den eben beschriebenen Übertragungsmöglichkeiten kann der Leistungsnehmer, indem er auf den Mitgliederbereich auf der Internetseite www.sanifonds.previmedical.it (AREA RISERVATA) zugreift, die Funktion der Onlinerückerstattung wählen. Diese Funktion erlaubt es, das Rückerstattungsformular telematisch auszufüllen. Diesbezüglich gibt es eine Ausfüllhilfe, welche es dem Eingeschriebenen erlaubt, sämtliche notwendigen Informationen bezüglich der Auszahlung der Rückerstattung der erhaltenen Leistungen zu erhalten.

Am Abschluss der Onlineeingabe des Rückerstattungsformulars, muss der Eingeschriebene das Formular ausdrucken und unterschreiben und zusammen mit den Unterlagen zu den Ausgaben, für welche die Rückerstattung beantragt wurde, senden.

Nach dem Ausdrucken des Formulars, wird die getätigte Anfrage (diese kann innerhalb des Tages noch vom Leistungsnehmer annulliert werden) von der operativen Zentrale verwaltet, diese wird auf den Erhalt in Papierform des Formulars und der vorgesehenen Unterlagen warten, um mit der Auszahlung fortzufahren.

Für jene, welche über teine Internetzugang verfügen, können die Rückerstattungsanfragen über den traditionellen Kanal (in Papierform), mit den unter dem vorhergehenden § II, BUCHSTABE A.2), einreichen.

B. DIE ON-LINE-ABFRAGE DES EIGENEN ANSUCHENS

Bei Einstieg in den Mitgliederbereich auf der Internetseite www.sanifonds.previmedical.it (AREA RISERVATA), kann das Mitglied, durch entsprechende Autorisierung, auch auf die Funktionen der Onlineüberprüfung des aktuellen Standes der Ausarbeitung der eigenen Rückerstattungsanfrage zugreifen.

Insbesondere sind folgende Informationen einsehbar:

- Datum der Rückerstattung;
- Art der ärztlichen Leistung;
- Person (Mitglied oder Familienmitglied);
- Gesamtrückerstattung.

C. DIENSTLEISTUNG "STAND MEINES ANSUCHENS"

Zudem steht die Dienstleistung "**STAND MEINES ANSUCHENS**" zur Verfügung; diesbezüglich muss der Leistungsnehmer nur seine Handynummer auf dem Rückerstattungsformular angeben. Auf diese Weise erhält der Leistungsnehmer automatisch über SMS alle Informationen, welche seine Rückerstattungsanfrage betreffen. Nach Aktivierung der Dienstleistung erhält der Leistungsnehmer eine Benachrichtigung über den Stand der Ausarbeitung seines Ansuchens, in Bezug auf die operativen Schritte des Auszahlungsprozesses der Rückerstattung:

- Erhalt der Rückerstattungsanfrage von Seiten der Abteilung Auszahlungen;
- Tägung des Überweisungsauftrages der Rückerstattungsanfrage;
- eventuelle Aussetzung des Rückerstattungsantrags, bei Unvollständigkeit der eingereichten Unterlagen;



- eventuelle Ablehnung, falls die Rückerstattungsanfrage nicht rückerstattet werden kann.

