



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini



**Tertiäresektor, Fremdenverkehr,
Gartenbau, Sonderapotheken**

Gesundheitsplan 2016

LEITFADEN ZUM GESUNDHEITSPLAN FONDO EST
MUTTERSCHAFTSPAKET

Seit dem 1. Juli 2013 wird das „Mutterschaftspaket“ einschließlich der Geburtsbeihilfe hinsichtlich der ab dem 1. Januar 2013 in Anspruch genommenen Leistungen direkt von Fondo Est und nicht mehr von UniSalute abgewickelt.

Ab diesem Datum erfolgt die Abwicklung der Leistungen des „Mutterschaftspakets“ **nur noch in der Form der Kostenerstattung**, d.h. Sie können die Leistungen bei jeder beliebigen Gesundheitseinrichtung in Anspruch nehmen, indem Sie direkt die Einrichtung bezahlen und bei Fondo Est die Kostenerstattung beantragen. Fondo Est wird Ihnen dann die getragenen Ausgaben nach den Regeln und im Rahmen der Betragsobergrenze erstatten.

Was tun, um die Kostenerstattung für die Leistungen des „Mutterschaftspaketes“ und/oder der Geburtsbeihilfe zu beantragen?

Schicken Sie das ausgefüllte Antragsformular (zum Download verfügbar unter www.fondoest.it) und die Kostenbelege an:

- **FONDO EST- Ufficio Liquidazioni** - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma **für alle ab dem 1. Januar 2013 in Anspruch genommenen Leistungen.**
- **Unisalute S.p.A.-Fondo Est c/o CMP BO**, via Zanardi 30 - 40131 Bologna (BO) **NUR für die bis zum 31.12.2012 in Anspruch genommenen Leistungen.**

*Mehr Informationen: kontaktieren Sie die **Einsatzzentrale von Fondo Est unter der gebührenfreien grünen Nummer 800.922.985 (aus dem Festnetz) oder 06.51.03.11 (aus dem Mobilnetz)** - Uhrzeiten: mo-do 9:00-12:30 und 14:00-17.30 - fr 9:00-12:30.
Oder schreiben Sie an: info@fondoest.it oder konsultieren Sie www.fondoest.it*

Für alle vom Gesundheitsplan vorgesehenen Leistungen mit Ausnahme des Krankenhausaufenthalts konsultieren Sie:

www.fondoest.it

Für alle Leistungen im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten ist es ratsam, vorher Kontakt aufzunehmen mit der

gebührenfreien Telefonnummer

800-016648

aus dem Ausland: Vorwahl für Italien + 051 63.89.046
Uhrzeiten: 8:30 – 19:30 von montags bis freitags

In Anwendung der neuen Bestimmungen des gesetzesvertretenden Dekrets 209/2005, Art. 185 „Informationen für den Versicherungsnehmer“ teilt die Gesellschaft das Folgende mit:

- das auf den Vertrag angewandte Recht ist das italienische;
- etwaige Beanstandungen in Bezug auf das Vertragsverhältnis oder die Abwicklung der Versicherungsfälle sind schriftlich an die Gesellschaft zu richten: **UniSalute S.p.A - Funzione Reclami - Via Larga, 8 – 40138 Bologna (BO) - Fax 051/7096892 - E-Mail reclami@unisalute.it**

Sollte der Beschwerdeführer mit dem Ausgang der Beanstandung nicht zufrieden sein, oder erfolgt innerhalb von höchstens 45 Tagen keine Beantwortung, kann er sich an die Versicherungsaufsichtsbehörde ISVAP (Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, Tel. 06 42.133.1) wenden.

Die Beschwerden an die Versicherungsaufsichtsbehörde enthalten:

- f) Vorname, Nachname und Wohnsitz des Beschwerdeführers und ggf. Telefonnummer;
 - g) Angabe der Stelle oder der Stellen, über deren Tätigkeit Beschwerde geführt wird;
 - h) kurze Beschreibung des Beschwerdegrunds;
 - i) Kopie der Beschwerde, die an die Gesellschaft gerichtet wurde, und ggf. der von ihr erteilten Antwort;
 - j) alle Dokumente, die zur vollständigeren Beschreibung der Umstände zweckdienlich sind.
- Informationen für das Einreichen der Beschwerde finden sich auf der Internetseite der Gesellschaft: www.unisalute.it. Bei Streitfällen im Zusammenhang mit der Höhe der Leistungen und der Haftbarmachung gilt die ausschließliche Zuständigkeit der Gerichte, abgesehen von dem Recht, auf Schlichtungsstellen zurückzugreifen, falls solche vorhanden sind.



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini



Leitfaden zum Gesundheitsplan 2015

Tertiärsektor, Fremdenverkehr, Gartenbau, Sonderapotheken

Dieser Leitfaden wurde so gestaltet, dass er leicht zu benutzen ist; auf keinen Fall kann er den Vertrag ersetzen, von dem er ausschließlich die Hauptmerkmale wiedergibt.

Der Vertrag bleibt daher das einzige gültige Instrument für eine vollständige und umfassende Bezugnahme.

Die Leistungen des Gesundheitsplans werden garantiert von:



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.



INHALT

1. INHALT.....	2
2. PRÄSENTATION.....	3
2.1 ONLINE-DIENSTE BEI WWW.FONDOEST.IT.....	3
3. EINLEITUNG.....	4
4. VON DER VERSICHERUNG ABGEDECKTE PERSONEN.....	5
5. WIE DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS IN ANSPRUCH ZU NEHMEN SIND.....	5
5.1. Zuallererst Kontaktaufnahme mit Fondo Est.....	5
5.2. Leistungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes.....	6
5.3. Leistungen in mit Fondo Est über UniSalute vertragsgebundenen Einrichtungen.....	7
5.4. Leistungen in nicht vertragsgebundenen Einrichtungen.....	9
5.5. Krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit.....	10
6. DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS.....	11
6.1. Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls mit chirurgischem Eingriff.....	12
6.1.2 Krankentransport nach einem chirurgischen Eingriff.....	14
6.1.3 Transplantationen bei Krankheit und Unfall.....	15
6.1.4 Säuglinge.....	15
6.1.5 Ersatzentschädigung bei chirurgischem Eingriff.....	15
6.1.6 Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit oder eines Unfalls mit chirurgischem Eingriff laut Liste.....	16
6.1.7 Integrierte globale Pflegedienste, Organisation der Dienste, Miete von medizinischen und sanitären Hilfsmitteln nach einem medizinischen/chirurgischen Krankenhausaufenthalt infolge maligner Neoplasien.....	17
6.1.8 Jährlicher Höchstbetrag für Krankenhausaufenthalte.....	18
6.1.9 Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit oder eines Unfalls - garantierte medizinische Krankenhausaufenthalte laut Liste.....	19
6.2 Diagnostische und therapeutische Leistungen.....	21
6.3 Fachärztliche Untersuchungen.....	27
6.4 Ticketzahlungen für diagnostische Feststellungen und Notaufnahme.....	28
6.5 Implantologische Leistungen.....	29
6.6 Avulsion (Zahnextraktion).....	30
6.7 Besondere zahnärztliche Leistungen (Vorbeugung).....	30
6.8 Besondere diagnostische Leistungen (Vorbeugung).....	31
6.9 Metabolisches Syndrom.....	34
6.10Beratungsdienste.....	37
7. FÄLLE, IN DENEN DER PLAN NICHT WIRKSAM IST.....	38
8. EINIGE WICHTIGE HINWEISE.....	40
8.1 Örtlicher Geltungsbereich.....	40
8.2 Handhabung der Kostenbelege (Rechnungen und Quittungen).....	40
9. MIT DEM FONDS ÜBER UNISALUTE VERTRAGSGEBUNDENE EINRICHTUNGEN.....	42
10. LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE.....	43

2. PRÄSENTATION

Mit dem „Leitfaden zum Gesundheitsplan Fondo Est“ möchten wir Ihnen helfen, den Plan zu verstehen und besser in Anspruch zu nehmen.

Unser Ziel ist es, Ihnen einen möglichst vollständigen und raschen Service zu bieten. Um dies zu erreichen, brauchen wir jedoch Ihre Mithilfe.

In diesem Leitfaden finden Sie daher Hinweise zur Vorgehensweise, falls Sie den Plan in Anspruch nehmen müssen.

Wir bitten Sie, sich eng an diese Vorgehensweisen zu halten, damit wir Ihnen prompt zur Seite stehen können.

2.1 ONLINE-DIENSTE BEI WWW.FONDOEST.IT

Fondo Est bietet seinen Versicherten einen reservierten Bereich mit vielen bequemen Serviceleistungen, um alle Vorgänge im Zusammenhang mit den Gesundheitsleistungen und den Informationen über die Kostenerstattungsanträge zu beschleunigen und zu vereinfachen. Auf der Internetseite **www.fondoest.it** erhält man nach Eingabe des Benutzernamens und des Passworts Zugang zum reservierten Bereich, wo Folgendes möglich ist:

- direkt online bei den vertragsgebundenen Einrichtungen die Arzt- und Laboruntersuchungen voranmelden, die nicht mit einem Krankenhausaufenthalt zusammenhängen; **über dieses Verfahren erfährt man rasch und unverzüglich, ob die geforderte Leistung durch den Gesundheitsplan abgedeckt ist und ob der gewählte Arzt vertragsgebunden ist. Nach der Online-Voranmeldung erhält der Versicherte per Telefon, E-Mail oder SMS die Mitteilung von UniSalute, ob die Vormerkung erfolgreich verlaufen ist.**
- online den Kontoauszug anzeigen lassen, um den Bearbeitungsstand der Kostenerstattungsanträge zu überprüfen;

Direkt auf der Internetseite ist ohne vorherige Anmeldung Folgendes möglich:

- Konsultation der zum eigenen Gesundheitsplan gehörenden Leistungen;
- Konsultation der Liste der vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen.

Den Benutzernamen und das Passwort für den Zugang zum reservierten Bereich erhalten Sie per Post zu Beginn der Versicherungs-

abdeckung. Sollten Sie den Benutzernamen und das Passwort nicht erhalten oder vergessen haben, können Sie sie anfordern über: **info@fondoest.it** unter Angabe des Vor- und Nachnamens und der Steuer-
nummer.

3. EINLEITUNG

Ziel dieses Leitfadens ist es, ausführlich alle Leistungen zu erläutern, die der Gesundheitsplan von Fondo Est bietet, damit alle die Möglichkeit haben, die darin enthaltenen Leistungen optimal zu nutzen.

Denn es liegt im Interesse aller Beteiligten, Unsicherheiten zu vermeiden, die einerseits dazu führen könnten, nicht vorgesehene Leistungen zu beantragen (also Leistungen oder Kostenerstattungen, die nicht erbracht bzw. durchgeführt werden können), und andererseits zu einer unkorrekten Inanspruchnahme dieser Leistungen, was sich negativ auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung des Plans auswirken könnte.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Fondo Est zu diesem Zweck die Verwaltung des Krankenversicherungsschutzes an führende Gesellschaften auf diesem Gebiet übergeben hat. Diese sind nicht nur in der Lage, sogleich die am besten geeigneten Instrumente für eine wirksame und effiziente Verwaltung zu gewährleisten, sondern auch dazu, vor allem zum allgemeinen Wachstum des Fonds und der daran beteiligten Personen beizutragen.

Im Hinblick darauf, es den Versicherten so leicht wie möglich zu machen, greift Fondo Est auf das von der Gesellschaft UniSalute mit einem Großteil der im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen (Heilanstalten, Analyselabors usw.) aufgebaute Vertragsnetz zurück. Dies dient dem Zweck, - in den meisten Fällen - die Gesundheitsleistungen so anzubieten, dass die Gesamtkosten direkt übernommen werden, wodurch vermieden wird, dass die Versicherten Vorauszahlungen leisten müssen. Davon ausgenommen sind jedoch von den einzelnen Leistungen vorgesehene Mindestbeträge, die nicht erstattet werden können.

4. VON DER VERSICHERUNG ABGEDECKTE PERSONEN

Der Versicherungsschutz erfolgt zugunsten der Vollzeitbeschäftigten, für die der gesamtstaatliche Kollektivvertrag des Tertiärsektors (Handel/Dienstleistungen) gilt, zugunsten der Vollzeitbeschäftigten, für die der gesamtstaatliche Kollektivvertrag der Sektoren Fremdenverkehr und Gartenbau gilt, und zugunsten der Vollzeitbeschäftigten, für die der gesamtstaatliche Kollektivvertrag der Sonderapotheken gilt, sofern sie mit Fondo Est eine Versicherung abgeschlossen haben.

5. WIE DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS IN ANSPRUCH ZU NEHMEN SIND

5.1. Zuallererst Kontaktaufnahme mit Fondo Est

Wenn ein Versicherter ärztliche Behandlungen oder Untersuchungen benötigt, sollte er die Internetseite **www.fondoest.it** konsultieren, wo alle Leistungen aufgeführt sind, die mit keinem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, während es in Bezug auf die Leistungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt zweckmäßig ist, zunächst die gebührenfreie grüne Nummer **800-016648** zu kontaktieren (aus dem Ausland: Vorwahl für Italien + 051 63.89.046), Uhrzeiten: 8:30 – 19:30 von montags bis freitags.

Die Mitarbeiter und Ärzte der Einsatzzentrale prüfen daraufhin die Vereinbarkeit der geforderten Leistungen mit dem Gesundheitsplan. Falls die geforderte Leistung nicht vom Gesundheitsplan abgedeckt ist, helfen die Ärzte dem Versicherten bei der Wahl alternativer und ebenso zufriedenstellender Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten.

Falls die Einsatzzentrale in dringenden Fällen nicht vorher kontaktiert werden kann, sollte dies so bald als möglich nachgeholt werden, wobei in der Zwischenzeit alle möglichen Unterlagen zum Krankheitsfall und zur spezifischen Behandlungsweise (ärztliche Verschreibungen, Krankenblätter, Rechnungen) gesammelt werden sollten.

Es wird darauf hingewiesen, dass die vom Gesundheitsplan vorgesehenen und im Folgenden näher erläuterten Leistungen unterschiedliche Nutzungsmodalitäten vorsehen, die entsprechend angegeben sind.

5.2. Leistungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes

Die Inanspruchnahme privater Gesundheitseinrichtungen bedeutet beachtliche Vorteile hinsichtlich der technischen Kompetenz, des Patientenkomforts und der Qualität der erbrachten Leistung.

Aber man sollte nicht vergessen, dass in Italien auch der öffentliche Gesundheitsdienst den Bürgern und Bürgerinnen ausgezeichnete Behandlungslösungen bietet, von denen einige sehr kostengünstig und hochmodern sind.

Falls ein Versicherter beschließt, Einrichtungen des *Nationalen Gesundheitsdienstes* oder von diesem akkreditierte Privateinrichtungen in Anspruch zu nehmen, bietet der Gesundheitsplan zwei alternative Lösungen zur Rückerstattung der Kosten, die ggf. in den öffentlichen Einrichtungen anfallen:

- Falls der Versicherte Kosten für Gesundheitstickets zu tragen hat, erstattet der Gesundheitsplan vollständig die von ihm im voraus gezahlten Kosten unbeschadet dessen, was von den einzelnen Leistungen vorgesehen ist;
Wenn der Versicherte sich bei einer öffentlichen Einrichtung des Nationalen Gesundheitsdienstes vormerken lassen will, muss die Einsatzzentrale nicht kontaktiert werden. Es reicht, dass er sich zur Einheitlichen Vormerkstelle begibt.
Um die Kosten erstattet zu bekommen, muss der Versicherte die notwendigen Unterlagen (Kopien der Rechnungen und/oder Quittungen) direkt **an Fondo EST schicken: UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO)**.
- Falls der Versicherte bei Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff (vgl. Liste der chirurgischen Eingriffe unter Punkt 10) weder für den Krankenhausaufenthalt noch für andere damit verbundene Leistungen eine Kostenerstattung bei der Gesellschaft beantragt, hat er Anspruch auf eine Ersatzentschädigung in Form eines Tagesgeldes, deren Modalitäten weiter unten beschrieben werden (Abschn. 6.1.5).

5.3. Leistungen in mit Fondo Est über UniSalute vertragsgebundenen Einrichtungen

UniSalute hat für die bei Fondo Est Versicherten ein System vertraglicher Vereinbarungen mit privaten Gesundheitseinrichtungen durch das eigene Fachpersonal entwickelt.

Diese Vereinbarungen sehen eine Reihe von qualitativen Standards vor, die die Gesundheitseinrichtung gegenüber der Gesellschaft und somit den Versicherten des Fondo Est gewährleisten muss. Die ständig aktualisierte Liste der vertragsgebundenen Einrichtungen kann auf der Internetseite **www.fondoest.it** eingesehen werden.

Die Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Einrichtungen hat für den Versicherten bei Leistungen, die dies vorsehen, erhebliche Vorteile:

- Die Bezahlung der Leistungen wird direkt zwischen Fondo Est, der Gesellschaft und der vertragsgebundenen Einrichtung abgewickelt, mit Ausnahme der nicht erstattungsfähigen Mindestbeträge, die von den jeweiligen Leistungen vorgesehen sind;
- Zur Voranmeldung der vom Gesundheitsplan garantierten Leistungen kann online die Voranmeldungsfunktion im reservierten Bereich der Internetseite **www.fondoest.it verwendet werden, die auch darüber informiert, ob die Leistung, die der Versicherte vorzumerken beabsichtigt, vom Gesundheitsplan abgedeckt ist, und ob die ausgewählten Ärzte vertragsgebunden sind.** Nach der Online-Voranmeldung erhält der Versicherte per Telefon, E-Mail oder SMS die Mitteilung von UniSalute, ob die Vormerkung erfolgreich verlaufen ist. Bei Unmöglichkeit, auf die Internetseite zuzugreifen, oder bei Krankenhausaufenthalt muss der Versicherte vorher über die gebührenfreie grüne Nummer **800-016648** die Einsatzzentrale kontaktieren.
- Das Erbringen der Leistungen erfolgt in kurzer Zeit und in Gesundheitseinrichtungen, deren Qualität und Effizienz von der Gesellschaft und somit von Fondo Est gewährleistet werden.
- Zum Zeitpunkt der Leistungserbringung muss das Mitglied bei

der vertragsgebundenen Einrichtung ein Ausweispapier und die Verschreibung des behandelnden Arztes vorlegen, auf der die Art der festgestellten oder vermuteten Krankheit sowie die angeforderten diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen angegeben sind.

- Bei einem Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff (vgl. die Liste der chirurgischen Eingriffe unter Punkt 10) muss er außerdem das Formular, das die von ihm bei der Aufnahme in die Heilanstalt übernommenen Verpflichtungen enthält, sowie bei der Entlassung die Kostenbelege (Rechnungen und Quittungen) unterzeichnen.
- Bei der Entlassung aus der Heilanstalt muss er lediglich ein Formular unterzeichnen, das die Liste der empfangenen Leistungen enthält, und die Verschreibung seines Vertrauensarztes übergeben, so dass sie den Unterlagen beigelegt werden kann. Fondo Est wird dann über die Gesellschaft die Bezahlung abwickeln und alle anderen ggf. auftretenden Fragen klären (ausgenommen sind die Kosten, die nicht direkt mit dem Krankenhausaufenthalt zusammenhängen: wie Telefon, Fernsehen, Bar, Krankenblatt, Verwaltungsgebühren usw., die direkt vom Versicherten gezahlt werden).
- Fondo Est sorgt über die Gesellschaft dafür, der vertragsgebundenen Einrichtung direkt die Honorare für die genehmigten Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der oben genannten Grenzen für die Leistungen zu bezahlen, die die Inanspruchnahme der vertragsgebundenen Einrichtungen vorsehen.
- Bei Leistungen, die keinen Krankenhausaufenthalt vorsehen, muss das Mitglied die Quittungen zur Bestätigung der empfangenen Leistungen unterzeichnen.

Der Versicherte muss in der vertragsgebundenen Einrichtung nur dann Kosten bezahlen, wenn ein Teil der Leistung nicht zu den Leistungen des Gesundheitsplans gehört, oder wenn die Leistungen nicht erstattbare Mindestbeträge vorsehen; ein Thema, das weiter unten näher behandelt wird.

Zur Beachtung

Vor der Inanspruchnahme der Leistungen in einer vertragsgebundenen Einrichtung ist auf der Internetseite www.fondoest.it der Abschnitt „Vor Anmeldungen“ im reservierten Bereich zu konsultieren.

Diese Online-Funktion ist äußerst zweckmäßig, denn mit ihrer Hilfe erfährt man umgehend, ob die beantragte Leistung vom Gesundheitsplan abgedeckt ist, und ob der gewählte Arzt vertragsgebunden ist.

Nach der Online-Voranmeldung erhält der Versicherte per Telefon, E-Mail oder SMS die Mitteilung von UniSalute, ob die Vormerkung erfolgreich verlaufen ist. Für die Voranmeldungen kann auch die Einsatzzentrale kontaktiert werden unter der gebührenfreien grünen Nummer 800-016648.

5.4. Leistungen in nicht vertragsgebundenen Einrichtungen

Um eine weitestgehende Freiheit bei der Wahl der Behandlungsart zu gewährleisten, sieht der Gesundheitsplan auch das Recht des Versicherten vor, für einige Leistungen private Gesundheitseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, die nicht über UniSalute mit dem Fondo Est vertragsgebunden sind.

Die Kostenerstattung könnte dabei nicht in vollem Umfang erfolgen, sondern sieht eine Kostenbeteiligung vor, worauf wir weiter unten zurückkommen, wenn wir die einzelnen Leistungen beschreiben.

Bei der Entlassung muss der Versicherte die Rechnungen und die Spesenabrechnungen begleichen.

Um die Kosten erstattet zu bekommen, **muss der Versicherte die notwendigen Unterlagen direkt an Fondo EST schicken: UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO):**

- das Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
- eine mit dem Original übereinstimmende Kopie des Krankenblattes bei Krankenhausaufenthalten mit chirurgischem Eingriff;
- eine Kopie der Verschreibung, die die vom vom Hausarzt vermutete oder festgestellte Krankheit angibt, bei Leistungen ohne Krankenhausaufenthalt;
- Kopien der Kostenbelege (Abrechnungen und Quittungen), aus denen sich die Quittierung ergibt.

Zur korrekten Bewertung des Versicherungsfalls oder zur Prüfung der Wahrhaftigkeit der in Kopie vorgelegten Unterlagen hat Fondo Est jederzeit das Recht, auch die Vorlage der genannten Unterlagen im Original zu verlangen.

Die Auszahlung der dem Versicherten zustehenden Beträge erfolgt nach beendeter Behandlung, sobald das ärztliche Personal den Fall aufgrund der empfangenen Unterlagen und der vom Versicherten erteilten Informationen geprüft hat.

Der Versicherte muss in ärztliche Kontrollen einwilligen, die ggf. vom Fonds angeordnet werden, und alle gesundheitlichen Informationen im Zusammenhang mit der angegebenen Krankheit erteilen, zu welchem Zweck er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Der Fonds wird dem Versicherten die Kosten direkt per Banküberweisung erstatten, unter Berücksichtigung der vom Plan vorgesehenen Begrenzungen (d.h. der zu seinen Lasten gehenden Kostenanteile).

WIE DER STAND DER EIGENEN KOSTENERSTATTUNGEN ANGEZEIGT WERDEN KANN

Die schnellste Art, den Stand der eigenen Rückerstattungen zu überprüfen, erfolgt über die Internetseite **www.fondoest.it** - „Reservierter Bereich/Beschäftigte“ – „Menü links: Online-Dienste“, der über den Benutzernamen und das Passwort zugänglich ist, die den Schutz der Daten gewährleisten. Der Versicherte kann seine stets aktualisierte Position in Bezug auf die von ihm eingeschickten Unterlagen überprüfen.

5.5. Krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit

Eine kürzlich erlassene staatliche Bestimmung sieht die Schaffung von zahlungspflichtigen Abteilungen auch in den öffentlichen Krankenhäusern vor. Falls also der Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff (vgl. die Liste der chirurgischen Eingriffe unter Punkt 10) in einem öffentlichen Krankenhaus nach dieser Formel erfolgt, gehen die Kosten zu Lasten des Patienten. Der Fonds erstattet jedoch die Leistungen aufgrund von Modalitäten, die je nach dem variieren, ob die zahlungspflichtige Abteilung der öffentlichen Einrichtung mit UniSalute vertraglich gebunden ist oder nicht. In beiden Fällen gelten die oben genannten Bestimmungen (Abschn. 5.3 und 5.4).

6. DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS

Der Gesundheitsplan gilt bei Krankheiten und Unfällen, die nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsplans eingetreten sind, für die folgenden Leistungen:

- **STATIONÄRER AUFENTHALT IN EINER HEILANSTALT INFOLGE EINER KRANKHEIT UND EINES UNFALLS MIT CHIRURGISCHEM EINGRIFF, ZU DENEN DIE UNTER PUNKT 10 AUFGEZÄHLTEN EINGRIFFE ZÄHLEN**
- **DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE LEISTUNGEN**
- **FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN**
- **TICKETZAHLUNGEN FÜR DIAGNOSTISCHE FESTSTELLUNGEN UND NOTAUFNAHME**
- **IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN**
- **AVULSION (ZAHNEXTRAKTION)**
- **BESONDERE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN (Vorbeugung)**
- **BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN (Vorbeugung)**
- **METABOLISCHES SYNDROM**
- **BERATUNGSDIENSTE**

6.1 STATIONÄRER AUFENTHALT IN EINER HEILANSTALT INFOLGE EINER KRANKHEIT UND EINES UNFALLS MIT CHIRURGISCHEM EINGRIFF (VGL. DIE LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE UNTER PUNKT 10)

Unter stationärem Aufenthalt wird der Aufenthalt in einer Heilanstalt mit Übernachtung verstanden; die Notaufnahme stellt keinen stationären Aufenthalt dar.

Falls der Versicherte wegen eines chirurgischen Eingriffs (worunter die unter Punkt 10 aufgeführten Eingriffe zu verstehen sind) eingewiesen wird, kann er folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

VOR DEM STATIONÄREN AUFENTHALT

Untersuchungen, diagnostische Feststellungen und fachärztliche Untersuchungen in den **120** Tagen vor dem Beginn des stationären Aufenthalts, sofern die Krankheit oder der Unfall diese erfordert, die bzw. der zum stationären Aufenthalt geführt hat.

CHIRURGISCHER EINGRIFF

Honorare für den Chirurgen, den Operationshelfer, den Assistenten, den Anästhesisten und alle anderen am Eingriff Beteiligten (wie im Operationsbericht angegeben); Gebühren für den Operationssaal und Eingriffsmaterial, einschließlich der Endoprothesen.

ÄRZTLICHE BETREUUNG, ARZNEIMITTEL, BEHANDLUNGEN

Leistungen von Ärzten und Pflegepersonal, fachärztliche Beratungen, Arzneimittel, Untersuchungen, diagnostische Feststellungen sowie physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen während des stationären Aufenthalts.

KRANKENHAUSTAGEGELD

Nicht inbegriffen in der Leistung sind die Ausgaben, die über das Wesentliche hinausgehen. Bei stationärem Aufenthalt in einer Heilanstalt, die nicht über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden ist, werden die Kosten bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 300,00** erstattet.

BEGLEITPERSON

Tagegeld für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson in der Heilanstalt oder in einem Hotelbetrieb.

Bei stationärem Aufenthalt in einer Heilanstalt, die nicht über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden ist, wird der Versicherungsschutz bis zu einem Tageshöchstbetrag von € 50,00 für höchstens 30 Tage pro Aufenthalt geleistet.

INDIVIDUELLE PRIVATE KRANKENPFLEGE

Individuelle private Krankenpflege bis zu einem Tageshöchstbetrag von € 60,00 für höchstens 30 Tage je stationärem Aufenthalt.

Der vorliegende Versicherungsschutz wird ausschließlich in Form der Kostenerstattung geleistet.

NACH DEM STATIONÄREN AUFENTHALT

Untersuchungen und diagnostische Feststellungen, ärztliche und chirurgische Leistungen (falls die Anforderung hierzu bei der Entlassung aus der Heilanstalt bescheinigt wurde), physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen und Thermalkuren in den 120 Tagen nach Beendigung des stationären Aufenthalts, sofern die Krankheit oder der Unfall diese erfordert, die bzw. der zum stationären Aufenthalt geführt hat. Im Versicherungsschutz inbegriffen sind die vom behandelnden Arzt bei der Entlassung aus der Heilanstalt verschriebenen Arzneimittel.

Der vorliegende Versicherungsschutz wird ausschließlich in direkter Form in Gesundheitseinrichtungen und mit Personal geleistet, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind.

Für die Arzneimittel, Pflegeleistungen und Thermalkuren wird der Versicherungsschutz ausschließlich in Form der Kostenerstattung geleistet.

Falls der Versicherte den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds vollständig die zu Lasten des Versicherten gehenden Gesundheitstickets.

Bei Inanspruchnahme von *Einrichtungen und Ärzten, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden* sind, werden die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen direkt und vollständig von Fondo Est über die Gesellschaft an die vertragsgebundenen Einrichtungen gezahlt, unbeschadet der von den einzelnen Versicherungsgarantien vorgesehenen Begrenzungen.

Bei stationärem Aufenthalt in *Einrichtungen*, die nicht über UniSa-

lute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, werden die Kosten für die erbrachten Leistungen in Höhe von **80%** erstattet, unter Anwendung eines nicht erstattbaren Mindestbetrags von **€ 2.000,00**, unbeschadet der von den einzelnen Versicherungsleistungen vorgesehenen Einschränkungen.

Die Erstattung erfolgt bis zur Grenze eines Höchstbetrags von **€ 8.000,00** für jeden durchgeführten Eingriff innerhalb des gesamten Höchstbetrags für Krankenhausaufenthalte.

Diese Art der Leistungserbringung erfolgt nur dann, wenn der Versicherte seinen Wohnsitz in einer Provinz hat, in der es keine Gesundheitseinrichtungen gibt, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind.

Andernfalls bleibt vereinbart, dass der Versicherte eine vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung seiner Wahl in Anspruch nehmen muss.

Falls in einer *Einrichtung* die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden ist, ein chirurgischer Eingriff von *nicht vertragsgebundenem Arztpersonal* durchgeführt wird, werden alle Kosten im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt auf dieselbe Weise erstattet, die für einen Aufenthalt in Einrichtungen vorgesehen ist, die nicht über die Gesellschaft mit dem Fondo Est vertragsgebunden sind (also in Höhe von **80%** unter Anwendung des nicht erstattbaren Mindestbetrags von **€ 2.000,00** und einer Höchstgrenze von **€ 8.000,00** je Eingriff).

Falls der stationäre Aufenthalt in einer Einrichtung des *Nationalen Gesundheitsdienstes* erfolgt, erstattet der Fond vollständig die etwaigen Ausgaben für Gesundheitstickets oder Unterbringung (z.B. die Kosten für ein etwaiges kostenpflichtiges Zimmer), die der Versicherte zu tragen hatte. In diesem Fall kann der Versicherte allerdings nicht die Ersatzentschädigung in Anspruch nehmen (Abschn. 6.1.5).

6.1.2 Krankentransport nach einem chirurgischen Eingriff

Der Fonds erstattet die Kosten für den Transport des Versicherten im Krankenwagen, in einer mobilen Koronareinheit und in einem Krankentransportflugzeug bis zur Heilanstalt, für die Verlegung von einer Heilanstalt zur anderen und für die Rückkehr zu seiner Wohnung bis zu einem Höchstbetrag von **€ 1.500,00** je stationärem Aufenthalt.

6.1.3 Transplantationen bei Krankheit und Unfall

Bei einer Transplantation von Organen oder Organteilen erstattet Fondo Est die unter den Punkten 6.1 („Stationärer Aufenthalt in eine Heilanstalt infolge einer Krankheit und eines Unfalls mit chirurgischem Eingriff“) und 6.1.2 („Krankentransport nach einem chirurgischen Eingriff“) vorgesehenen Ausgaben mit den dort angegebenen Höchstgrenzen sowie die Kosten für die Entnahme beim Spender und den Organtransport.

In der Zeit vor dem stationären Aufenthalt sind auch die pharmakologischen Behandlungen inbegriffen, um Abstoßreaktionen vorzubeugen.

Bei Spenden von Lebenden sieht die Leistung die Erstattung der Ausgaben vor, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt des Spenders getragen wurden, d.h. für diagnostische Feststellungen, ärztliche und pflegerische Betreuung, chirurgischen Eingriff, Behandlungen, Arzneimittel, Tagesgelder.

6.1.4 Säuglinge

Der Fonds sieht die Bezahlung der Ausgaben für chirurgische Eingriffe im ersten Lebensjahr des Säuglings zur Korrektur von angeborenen Fehlbildungen vor. Inbegriffen sind die Untersuchungen und diagnostischen Feststellungen vor und nach dem Eingriff, sowie das Tagesgeld für Übernachtung und Verpflegung der Begleitperson in der Heilanstalt oder in einem Hotelbetrieb für die Zeit des stationären Aufenthalts, wobei die jährliche Höchstgrenze **€ 10.000,00** je Säugling beträgt.

6.1.5 Ersatzentschädigung bei chirurgischem Eingriff

Falls der Versicherte weder für den Krankenhausaufenthalt noch für andere damit zusammenhängende Leistungen eine Erstattung bei Fondo Est beantragt, hat er Anspruch auf eine Entschädigung von **€ 80,00** pro Tag in den ersten **30** Tagen des stationären Aufenthalts.

Ab dem **31.** Aufenthaltstag wird die Entschädigung auf **€ 100,00** pro Tag erhöht, bis zu einer maximalen Dauer von **100** Aufenthaltstagen. Wie bereits gesagt, wird unter stationärem Aufenthalt der Aufent-

halt in einer Heilanstalt verstanden, der eine Übernachtung mit sich bringt: Aus diesem Grund werden bei der Festlegung der Ersatzentschädigung die oben genannten Beträge pro Nacht berechnet, die innerhalb der Heilanstalt verbracht wird.

6.1.6 Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit oder eines Unfalls mit chirurgischem Eingriff laut Liste

Im Rahmen der vom Versicherungsschutz „Nach dem stationären Aufenthalt“ vorgesehenen 120 Tage stellt Fondo Est für stationäre Aufenthalte mit chirurgischem Eingriff (laut beiliegender Liste), die nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes erfolgt sind, über das Netz der über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen Leistungen der Hauskrankenpflege, der ärztlichen, rehabilitativen, pflegerischen und pharmakologischen Betreuung zur Verfügung, die der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit des Versicherten dienen.

Der Fonds vereinbart das ärztliche/rehabilitative Programm mit dem Versicherten aufgrund der Verschreibungen des Gesundheitspersonals, das die Entlassung vorgenommen hat, sowie unter Durchführung der darin enthaltenen Anweisungen. Außerdem bietet er Beratungsdienste und die Organisation der Leistungen, die ggf. auch eine Betreuung vorsehen.

Zur Abwicklung dieser Leistungen bedient sich Fondo Est eines Verwaltungssystems, das die Einbeziehung und Koordinierung von hochspezialisierten Fachleuten mit ausgeprägten Merkmalen vorsieht, die auf die Lösung der Problematiken im Zusammenhang mit der Hauskrankenpflege abzielen, und die die ärztliche und rehabilitative Betreuung organisieren sowie einen hochwertigen gesundheitlichen Beratungsdienst anbieten.

Die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über UniSalute an die vertragsgebundenen Einrichtungen gezahlt.

6.1.7 Integrierte globale Pflegedienste, Organisation der Dienste, Miete von medizinischen und sanitären Hilfsmitteln nach einem medizinischen/chirurgischen Krankenhausaufenthalt infolge maligner Neoplasien

Bei einem Krankenhausaufenthalt wegen einer malignen Neoplasie (auch für Eingriffe, die nicht zur beiliegenden Liste der chirurgischen Eingriffe gehören), der nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes erfolgt ist, stellt Fondo Est für einen Zeitraum von 60 Tagen ab der Entlassung (und nach den 120 Tagen, die für den Versicherungsschutz „Nach dem stationären Aufenthalt“ vorgesehen sind, bei Eingriffen, die vom Gesundheitsplan vorgesehen sind) über das Netz der über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen folgende Leistungen zur Verfügung:

- Hauskrankenpflege;
- ärztliche, rehabilitative, pflegerische und pharmakologische Betreuung,

die der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit des Versicherten dienen. Der Fonds vereinbart das ärztliche/rehabilitative Programm mit dem Versicherten aufgrund der Verschreibungen des Gesundheitspersonals, das die Entlassung vorgenommen hat, sowie unter Durchführung der darin enthaltenen Anweisungen. Außerdem bietet er Beratungsdienste und die Organisation der Leistungen, die ggf. auch eine Betreuung vorsehen.

Zur Abwicklung dieser Leistungen bedient sich Fondo Est eines Verwaltungssystems, das die Einbeziehung und Koordinierung von hochspezialisierten Fachleuten mit ausgeprägten Merkmalen vorsieht, die auf die Lösung der Problematiken im Zusammenhang mit der Hauskrankenpflege abzielen, und die die ärztliche und rehabilitative Betreuung organisieren sowie einen hochwertigen gesundheitlichen Beratungsdienst anbieten.

Zum Versicherungsschutz gehört auch die Miete von Apparaten und Hilfsmitteln über die Gesundheitseinrichtungen, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind. Die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über die Gesellschaft an die vertragsgebundenen Einrichtungen gezahlt.

6.1.8 Jährlicher Höchstbetrag für Krankenhausaufenthalte

Der Gesundheitsplan sieht eine jährliche Kostengrenze in Höhe von € 90.000,00 pro Versicherungsjahr und pro Versichertem vor. Wenn im Lauf des Jahres dieser Betrag erreicht wird, bedeutet dies, dass keine weiteren Leistungen möglich sind.

Der Versicherungsschutz beginnt wieder im darauffolgenden Jahr für Versicherungsfälle, die sich im neuen Zeitraum ereignen.

Die Versicherungsfälle, die sich im Vorjahr ereignet haben, können nicht mehr erstattet werden.

6.1.9 Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit oder eines Unfalls - garantierte medizinische Krankenhausaufenthalte laut Liste

Bei Krankenhausaufenthalt ohne chirurgischen Eingriff aufgrund einer der unten aufgeführten Erkrankungen, der nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes erfolgt ist, stellt Fondo Est für einen Zeitraum von 60 Tagen ab der Entlassung über das Netz der über Uni-Salute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen Leistungen der Hauskrankenpflege, der ärztlichen, rehabilitativen, pflegerischen und pharmakologischen Betreuung zur Verfügung, die der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit dienen.

Vom Versicherungsschutz abgedeckt sind:

- **Mukoviszidose;**
- **Schlaganfall;**
- **Ischämie der Wirbelsäulenschlagader;**
- **Morbus Parkinson;**
- **Lähmung;**
- **Multiple Sklerose;**
- **Amyotrophe Lateralsklerose (ALS).**

Der Fonds vereinbart das ärztliche/rehabilitative Programm mit dem Versicherten aufgrund der Verschreibungen des Gesundheitspersonals, das die Entlassung vorgenommen hat, sowie unter Durchführung der darin enthaltenen Anweisungen. Außerdem bietet er Beratungsdienste und die Organisation der Leistungen, die ggf. auch eine Betreuung vorsehen.

Zur Abwicklung dieser Leistungen bedient sich Fondo Est eines Verwaltungssystems, das die Einbeziehung und Koordinierung von hochspezialisierten Fachleuten mit ausgeprägten Merkmalen vorsieht, die auf die Lösung der Problematiken im Zusammenhang mit der Hauskrankenpflege abzielen, und die die ärztliche und rehabilitative Betreuung organisieren sowie einen hochwertigen gesundheitlichen Beratungsdienst anbieten.

Die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über die Gesellschaft an die vertragsgebundenen Einrichtungen bis zum Erreichen der verfügbaren jährlichen Höchstgrenze gezahlt.

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 5.000,00 gewährt.

6.2 DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

Konventionelle Röntgendiagnostik (ohne Kontrastmittel)

- Röntgenuntersuchungen des Knochen- und Gelenkapparates
- Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung die ärztliche Verschreibung erforderlich ist, nicht jedoch die Erkrankung)
- Beidseitige Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung die ärztliche Verschreibung erforderlich ist, nicht jedoch die Erkrankung)
- Pantomographie
- Röntgen der gesamten Wirbelsäule
- Röntgen eines Organs, eines Apparates
- Röntgen einzelner Zähne
- Röntgen der Speiseröhre
- Röntgen der Speiseröhre mit direkter Untersuchung
- Röntgen des Dünndarm (fraktioniert)
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts (oberer Trakt)
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts (unterer Trakt)
- Tomographie (Schichtaufnahme) von Organen und Apparaten

Konventionelle Röntgendiagnostik (mit Kontrastmittel)

- Angiographie (einschließlich der Röntgenuntersuchungen des Kreislaufs)

Konventionelle Röntgendiagnostik (mit Kontrastmittel)

- Arthrographie
- Bronchographie
- Cavernosographie
- Cisternographie
- Zystographie / doppelter Kontrast
- Miktionszystourethrographie
- Klysma mit Einfach- / Doppelkontrast
- Cholangiographie / perkutane Cholangiographie
- Retrograde Cholangio-Pankreatographie

- Cholezystographie
- Kolpographie
- Koronarographie
- Dakryozystographie
- Defäkographie
- Diskographie
- Urodynamische Untersuchung
- Fistulographie
- Phlebographie
- Fluorangiographie
- Galaktographie
- Hysterosalpingographie und/oder Sonohysterosalpingographie und/oder Sonohysterographie und/oder Sonosalpingographie
- Lymphographie
- Myelographie
- Pneumoencephalographie
- Alle Untersuchungen mit Kontrastmitteldarstellung bei Strahlenbehandlung
- Röntgen der Speiseröhre mit Einfach- / Doppelkontrast
- Röntgen des Dünndarms mit Doppelkontrast
- Röntgen des Magens mit Doppelkontrast
- Röntgen des Dünndarms mit Doppelkontrast und selektiver Untersuchung
- Röntgen des gesamten Magen-Darm-Trakts einschließlich Speiseröhre mit Kontrast
- Sialographie mit Kontrast
- Splenoportographie
- Urethrozystographie
- Urographie
- Vesikulo-Deferentographie
- Röntgen des Wirsung

Aufwendige Bilddiagnostik (Sonographie)

- Mammasonographie
 - Beckensonographie auch mit transvaginaler Sonde
 - Prostatasonographie, auch transrektal
 - Oberbauchsonographie

- Unterbauchsonographie

Farbdopplersonographie

- (Farb-)Dopplersonographie des Herzens
- Farbdopplersonographie der unteren und oberen Gliedmaßen
- Farbdopplersonographie der Bauchaorta
- Farbdopplersonographie der supraaortischen Äste

Computertomographie (CT)

- Angio-CT
- Angio-CT extra-, endokranielle Bereiche
- Mehrschicht-Spiral-CT (64 Schichten)
- CT mit und ohne Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT)

- Herz-MRT
- Angio-MRT mit Kontrast
- Kernspinresonanz mit und ohne Kontrastmittel

PET

- Positronen-Emissions-Tomographie (PET) von Organen, Bereichen, Apparaten

Szintigraphie (Nuklearmedizin in-vivo)

- Szintigraphie eines beliebigen Apparates oder Organs (einschließlich Myokardszintigraphie)
- Nuklearmedizin in-vivo
- Tomoszintigraphie SPET Myokard
- Gesamtkörperszintigraphie mit markierten autologen Zellen

Instrumentendiagnostik

- Kampimetrie
- Dynamisches Elektrokardiogramm (EKG) mit analogen Vorrichtungen (Holter)
- Elektroenzephalogramm
- Elektroenzephalogramm (EEG) mit Schlafentzug
- Dynamisches Elektroenzephalogramm (EEG) 24 Stunden

- Elektromyographie (EMG)
- Elektroretinogramm
- Ständige Blutdrucküberwachung (24 Stunden)
- pH-Metrie von Speiseröhre und Magen
- Evozierte Potentiale
- Spirometrie
- Tomographie zur Ermittlung der Hornhaut-Topographie
-

Biopsien

- Alle

Diagnostische Endoskopien

- Retrograde Cholezystopankreatographie mit Hilfe diagnostischer Endoskopie
- Diagnostische Zystoskopie
- Ösophagogastroduodenoskopie
- Diagnostische Pankoloskopie
- Diagnostische Rektoskopie
- Diagnostische Rektosigmoidoskopie
- Diagnostische Tracheobronchoskopie

Zur Beachtung: Falls sich die Leistungen der diagnostischen Endoskopie im Verlauf der Untersuchung in operative Endoskopien verwandeln, garantiert der Fonds die Abdeckung der diagnostischen Endoskopie, während der Differenzbetrag in Bezug auf die operative Endoskopie zu Lasten des Versicherten bleibt.

Sonstige

- Biopsie des Wächterlymphknotens
- Arterielle Blutgasanalyse
- Lasertherapie zu physiotherapeutischen Zwecken
- Endoskopische bronchoalveoläre Lavage
- Suche nach dem Wächterlymphknoten und Druckpunkt

Therapien

- Chemotherapie

- Strahlentherapie
- Dialyse

Die vorliegende Leistung wird ausschließlich dann erbracht, wenn der Versicherte auf ***Gesundheitseinrichtungen und Personal*** zurückgreift, das über UniSalute mit FondoEst vertragsgebunden ist, sowie bei Inanspruchnahme des ***Nationalen Gesundheitsdienstes***.

Bei Inanspruchnahme von ***Gesundheitseinrichtungen und Personal***, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, werden die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen von Fondo Est über die Gesellschaft direkt an diese Einrichtungen bezahlt, wobei ein Anteil von **€ 35,00** für jede diagnostische Feststellung oder pro Therapiezyklus vom Versicherten an die vertragsgebundene Einrichtung bei Inanspruchnahme der Leistung zu zahlen ist.

Der Versicherte muss bei der Einrichtung außerdem die Verschreibung seines behandelnden Arztes vorlegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist.

Falls der Versicherte den ***Nationalen Gesundheitsdienst*** in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die zu Lasten des Versicherten gehenden Gesundheitstickets unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von **10,00 €** für jedes Gesundheitsticket, dessen Erstattung beantragt wird.

Um die Erstattung von Fondo Est zu erhalten, muss der Versicherte der Rechnungskopie auch die Kopie der Verschreibung des behandelnden Arztes beilegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist.

Um häufige Einsendungen von Tickets mit kleinen Beträgen zu vermeiden, wird der Versicherte zur Erleichterung des Kostenerstattungsverfahrens gebeten, alle für die Erstattung notwendigen Unterlagen zu sammeln und direkt an **Fondo EST zu schicken:**

UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO) , jedoch möglichst nicht häufiger als 4 Mal pro Jahr

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 6.000,00 gewährt.

6.3 FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

Fondo Est bezahlt die Kosten für fachärztliche Untersuchungen bei Krankheit oder Unfall, unter Ausschluss der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Untersuchungen mit Ausnahme dessen, was unter Punkt 6.8. „Besondere zahnärztliche Leistungen“ vorgesehen ist. Im Versicherungsschutz inbegriffen ist ausschließlich eine erste psychiatrische Untersuchung, um das Vorhandensein einer etwaigen Erkrankung festzustellen.

Auf den Kostenbelegen (Rechnungen und Quittungen) muss das Fachgebiet des Arztes angegeben sein, das zum Zweck der Erstattung mit der angezeigten Erkrankung im Zusammenhang stehen muss.

Die vorliegende Leistung wird ausschließlich dann erbracht, wenn der Versicherte auf **Gesundheitseinrichtungen und Personal** zurückgreift, die über UniSalute mit FondoEst **vertragsgebunden** sind, sowie bei Inanspruchnahme des **Nationalen Gesundheitsdienstes**.

Bei Inanspruchnahme von **Gesundheitseinrichtungen und Personal**, die über UniSalute mit Fondo Est **vertragsgebunden** sind, werden die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen von Fondo Est über die Gesellschaft direkt an diese Einrichtungen bezahlt, wobei ein Anteil von € **20,00** für jede fachärztliche Untersuchung vom Versicherten an die vertragsgebundene Einrichtung bei Inanspruchnahme der Leistung zu zahlen ist.

Der Versicherte muss bei der Einrichtung die Verschreibung seines behandelnden Arztes vorlegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist.

Falls der Versicherte den **Nationalen Gesundheitsdienst** in Anspruch nimmt, erstattet der Fonds die vom Versicherten zu zahlenden Gesundheitstickets unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von **10,00 €** für jedes Gesundheitsticket, dessen Erstattung beantragt wird.

Um die Erstattung von Fondo Est zu erhalten, muss der Versicherte der Rechnungskopie auch die Kopie der Verschreibung des behandelnden Arztes beilegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist.

Um häufige Einsendungen von Tickets mit kleinen Beträgen zu vermeiden, wird der Versicherte zur Erleichterung des Kostenerstattungsverfahrens gebeten, alle für die Erstattung notwendigen Unterlagen zu sammeln und direkt an **Fondo EST zu schicken: UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO)** , jedoch möglichst nicht häufiger als 4 Mal pro Jahr.

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 700,00 gewährt.

6.4 TICKETZAHLUNGEN FÜR DIAGNOSTISCHE FESTSTELLUNGEN UND NOTAUFNAHME

Fondo Est erstattet vollständig die vom Versicherten zu zahlenden Gesundheitstickets, die im *Nationalen Gesundheitsdienst* für diagnostischen Feststellungen bei Krankheit oder Unfall durchgeführt werden und die nicht zu denen gehören, die im vorstehenden Punkt 6.2 „Diagnostische und therapeutische Leistungen“ vorgesehen sind, sowie die Gesundheitstickets für die Notaufnahme, mit Ausnahme der Anwendung einer Selbstbeteiligung von **10,00 €** für jedes Gesundheitsticket, dessen Erstattung beantragt wird.

Hinsichtlich der diagnostischen Feststellungen muss zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes sowohl das zu erstattende Ticket als auch eine Kopie der ärztlichen Verschreibung mit der Angabe der diagnostische Fragestellung oder der Krankheit geschickt werden, durch die die Leistung notwendig geworden ist.

Um häufige Einsendungen von Tickets mit kleinen Beträgen zu vermeiden, wird der Versicherte zur Erleichterung des Kostenerstattungsverfahrens gebeten, alle für die Erstattung notwendigen Unterlagen zu sammeln und direkt an **Fondo EST zu schicken: UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO)**, jedoch möglichst nicht häufiger als 4 Mal pro Jahr.

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 500,00 gewährt.

6.5 IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN

In Abweichung von dem, was im Abschnitt 7 „Fälle, in denen der Plan nicht wirksam ist“ und unter Punkt 3 vorgesehen ist, bezahlt Fondo Est die Leistungen für osseointegrierte Implantate und die entsprechenden festen Kronen.

Der Versicherungsschutz gilt bei Anwendung von 1, 2, 3 oder mehr Implantaten, die im selben Behandlungsplan vorgesehen sind. Zum Versicherungsschutz gehören die Positionierung des Implantats, die eventuelle Avulsion, das endgültige Element, das provisorische Element und der Wurzelstift des Implantats/der Implantate.

Zur Abrechnung sind bei der Gesundheitseinrichtung, bei der die Leistung erbracht wird, die Röntgenaufnahmen und -befunde vorzulegen, die dem Einsetzen der Implantate voraufgehen.

Die vorliegende Leistung wird ausschließlich dann erbracht, wenn der Versicherte auf **Gesundheitseinrichtungen und Personal** zurückgreift, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind.

Die Kosten für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen werden direkt von Fondo Est über die Gesellschaft an die vertragsgebundenen Einrichtungen gezahlt. Falls die Gesamtkosten der Leistungen den jährlichen Versicherungsschutz übersteigen, muss der darüber hinausgehende Betrag vom Versicherten direkt an die vertragsgebundene Einrichtung gezahlt werden.

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 3.300,00 gewährt.

Es ist eine jährliche Betragsobergrenze von € 1.300,00 bei Anwendung von zwei Implantaten und eine Betragsobergrenze von € 700,00 bei Anwendung von einem Implantat vorgesehen.

Falls im selben Versicherungsjahr nach der Anwendung eines Implantats das Einsetzen eines zweiten Implantats notwendig wird, wird letzteres im Rahmen der Betragsobergrenze von € 1300,00 abzüglich des bereits genehmigten oder ausgezahlten Betrags ersetzt.

6.6 AVULSION (ZAHNEXTRAKTION)

In Abweichung von dem, was in Abschnitt 7 „Fälle, in denen der Plan nicht wirksam ist“ und unter Punkt 3 vorgesehen ist, bezahlt Fondo Est die Leistungen der Avulsion (Zahnextraktion) bis zu einer Höchstzahl von 4 Zähnen pro Jahr. Zur Abrechnung sind bei der Gesundheitseinrichtung, bei der die Leistung erbracht wird, die Röntgenaufnahmen und -befunde vorzulegen, die der Leistung vorausgehen.

Die vorliegende Leistung wird ausschließlich dann erbracht, wenn der Versicherte auf **Gesundheitseinrichtungen und Personal** zurückgreift, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind. Die Kosten für die zugunsten der Versicherten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über die Gesellschaft an die vertragsgebundenen Einrichtungen gezahlt. Falls die Gesamtzahl der Leistungen die genannte Anzahl übersteigt, muss der darüber hinausgehende Betrag vom Versicherten direkt an die vertragsgebundene Einrichtung gezahlt werden.

6.7 BESONDERE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN (Vorbeugung)

In Abweichung von dem, was im Abschnitt 7 „Fälle, in denen der Plan nicht wirksam ist“ und unter Punkt 3 vorgesehen ist, bezahlt Fondo Est **25%** einer fachärztlichen Untersuchung und Mundhygiene pro Jahr in **Gesundheitseinrichtungen**, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind und von der Einsatzzentrale nach vorheriger Terminvereinbarung angegeben werden. Die vorgesehenen Leistungen sind entstanden, um das eventuelle Bestehen von Krankheitsfällen zu überwachen, auch wenn sie noch nicht akut sind. Sie werden als besonders zweckmäßig bei Personen angesehen, die eine Anfälligkeit entwickelt haben.

Diese Leistungen müssen in einer Einmallösung in Anspruch genommen werden.

- Zahnsteinentfernung durch Ultraschall oder alternativ dazu - sofern dies erforderlich ist - durch eine andere Art der oralen Hygiene.

- Zahnärztliche Fachuntersuchung.

Zu Lasten des Versicherten bleiben, falls angefordert, weitere Leistungen wie z.B. Fluoridierung, Reinigen der Zahnwurzeln, Reinigen des Sulcus usw.

Falls aufgrund der besonderen klinischen und/oder pathologischen Kondition des Versicherten der Arzt der vertragsgebundenen Einrichtung im Einverständnis mit Fondo Est die Notwendigkeit antrifft, eine zweite orale Hygiene im Verlauf desselben Versicherungsjahres durchzuführen, sorgt der Fonds dafür, diese zu genehmigen und innerhalb der oben genannten Höchstgrenzen zu begleichen.

6.8 BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN (Vorbeugung)

Fondo Est bezahlt die unten aufgeführten Leistungen, die in ***Ge-sundheitseinrichtungen*** durchgeführt werden, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, und die bei der Voranmeldung von der Einsatzzentrale angegeben werden. Die vorgesehenen Leistungen sind entstanden, um das eventuelle Bestehen von Krankheitsfällen zu überwachen, auch wenn sie noch nicht akut sind. Sie werden als besonders zweckmäßig bei Personen angesehen, die eine Anfälligkeit entwickelt haben. Diese Leistungen müssen in einer Einmällösung durchgeführt werden.

Für Männer einmal im Jahr vorgesehene Leistungen (Herz- und Kreislaufvorsorge)

- Vollständiges Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Blutzucker
- Azotämie (Harnstoff)
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Alaninaminotransferase (ALT/GPT)

- Aspartataminotransferase (AST/GOT)
- Urinuntersuchung
- Homozystein
- Basis-Elektrokardiogramm
- Triglyzeride
- Gamma-GT
- PTT (Partielle Thromboplastinzeit)
- PT (Prothrombinzeit)

**Für Frauen einmal im Jahr vorgesehene Leistungen
(Herz- und Kreislaufvorsorge)**

- Vollständiges Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Blutzucker
- Azotämie (Harnstoff)
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Alaninaminotransferase (ALT/GPT)
- Aspartataminotransferase (AST/GOT)
- Urinuntersuchung
- Homozystein
- Basis-Elektrokardiogramm
- Triglyzeride
- Gamma-GT
- PTT (Partielle Thromboplastinzeit)
- PT (Prothrombinzeit)

**Für Männer ab dem 45. Lebensjahr
alle zwei Jahre vorgesehene Leistungen (Krebsvorsorge)**

- Vollständiges Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Blutzucker
- Azotämie (Harnstoff)
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Alaninaminotransferase (ALT/GPT)
- Aspartataminotransferase (AST/GOT)
- Urinuntersuchung
- Homozystein
- PSA (Prostata-spezifisches Antigen)
- Prostatasonographie
- Triglyzeride
- Gamma-GT
- PTT (Partielle Thromboplastinzeit)
- PT (Prothrombinzeit)

Für Frauen ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre vorgesehene Leistungen (Krebsvorsorge)

- Vollständiges Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- Blutzucker
- Azotämie (Harnstoff)
- Kreatininämie
- Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Alaninaminotransferase (ALT/GPT)
- Aspartataminotransferase (AST/GOT)

- Urinuntersuchung
- Homozystein
- Gynäkologische Untersuchung und Pap-Test
- Triglyzeride
- Gamma-GT
- PTT (Partielle Thromboplastinzeit)
- PT (Prothrombinzeit)

6.9 METABOLISCHES SYNDROM

Der Fonds Est bezahlt die Ausgaben für Leistungen, die darauf gerichtet sind, das Risiko eines Metabolischen Syndroms festzustellen. Die nachstehend aufgeführten Leistungen sind in **Gesundheitseinrichtungen** in Anspruch zu nehmen, die über UniSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, und die bei der Voranmeldung von der Einsatzzentrale angegeben werden.

Die vorgesehenen Leistungen müssen in einer Einmallösung durchgeführt werden:

- **HDL-Cholesterin**
- **Gesamtcholesterin**
- **Blutzucker**
- **Triglyzeride**

Nach dem Durchführen der Analysen, oder falls der Versicherte bereits im Besitz der Ergebnisse der beim Nationalen Gesundheitsdienst durchgeführten Analysen ist, kann er über die Internetseite **www.fondoest.it** in dem für die Versicherten reservierten Bereich die entsprechenden Anweisungen lesen und den Fragebogen mit den angeforderten Daten ausfüllen.

Nur diejenigen, die keinen Internetzugang haben, können Fondo Est telefonisch unter der gebührenfreien Telefonnummer 800.922.985

aus dem Festnetz oder unter der Nummer 06.510311 aus dem Mobilnetz kontaktieren und die zu befolgenden Modalitäten vereinbaren. Nach dem Ausfüllen des Fragebogens wird das ärztliche Einsatzpersonal dessen Inhalt auswerten, und binnen 2 Tagen wird dem Versicherten das Auswertungsergebnis per E-Mail mitgeteilt.

Die im Einsatz befindlichen Ärzte geben dem Versicherten unabhängig vom Zustand, der sich aus dem Fragebogen ergibt, einige Hinweise über korrektere Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten hinsichtlich der körperlichen Tätigkeit und Ernährung, ggf. auch über eine personalisierte Diät.

Die im Einsatz befindlichen Ärzte teilen das Ergebnis der Prüfung mit und stellen die Informationen in dem Bereich zur Verfügung, der auf der Internetseite www.fondoest.it für die Versicherten reserviert ist. Der Versicherte wird außerdem regelmäßig vom ärztlichen Einsatzpersonal (per E-Mail und/oder SMS) kontaktiert, um die tatsächliche Befolgung der gelieferten Hinweise zu überprüfen.

Nur falls das Mitglied ein metabolisches Syndrom aufweist und weil die entsprechenden Risikoindikatoren regelmäßig überwacht werden müssen, organisiert und bezahlt Fondo Est die oben aufgeführten Leistungen, die halbjährlich in Gesundheitseinrichtungen durchzuführen sind, die mit UniSalute vertragsgebunden sind, und die bei der Voranmeldung von der Einsatzzentrale angegeben werden.

Um den Versicherten zur Vorsorge anzureizen, wird auch ein persönliches ärztliches Datenblatt online aktiviert, auf dem diese Parameter verzeichnet werden können. Dieser Versicherungsschutz wird bis zum Ablauf des Gesundheitsplans ab dem Datum der Ausfüllung des Fragebogens geleistet, der auf der Internetsite www.fondoest.it zur Verfügung steht.

WAS VOR DEM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS ZU TUN IST

Über den Fragebogen gibt der Versicherte seine Daten ein einziges Mal ein, außer in den Fällen, in denen die Ärzte ihm nahelegen, die Blutuntersuchung nach sechs Monaten zu wiederholen.

Es ist daher notwendig, dass der Versicherte beim Ausfüllen die erforderlichen Daten zur Hand hat: Blutuntersuchung (HDL-Cholesterin, Gesamtcholesterin, Blutzucker auf nüchternen Magen, Triglyzeride), Hüftumfang, Körpergewicht, Blutdruck.

Um Näheres über diese Aspekte zu erfahren, ist der reservierte Bereich der Internetseite www.fondoest.it anzuklicken.

Es ist wichtig, keine Phantasiedaten einzugeben, die nicht der Wirklichkeit entsprechen, denn die UniSalute-Ärzte erteilen ihre Ratschläge aufgrund dieser Daten, und unkorrekte Ratschläge gehen zu Lasten der Gesundheit.

6.10 BERATUNGSDIENSTE

In Italien

Die folgenden Beratungsdienste werden von der Einsatzzentrale unter der gebührenfreien grünen Nummer 800-016648 von montags bis freitags von 8:30 bis 19:30 Uhr erbracht.

Aus dem Ausland

Es ist die internationale Vorwahl für Italien + 01516389046 zu wählen.

a) Telefonische Gesundheitsinformationen

Die Einsatzzentrale bietet einen gesundheitlichen Informationsdienst über:

- öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen: Adressen und fachliche Spezialisierungen;
- Angaben zu Verwaltungsaspekten des Gesundheitswesens (bürokratische Informationen, Ticketbefreiung, direkte und indirekte Betreuung in Italien und im Ausland usw.);
- medizinische Facheinrichtungen für besondere Krankheiten in Italien und im Ausland;
- Arzneimittel: Zusammensetzung, Indikationen und Kontraindikationen.

b) Voranmeldung für Gesundheitsleistungen

Die Einsatzzentrale bietet einen Anmeldedienst für Gesundheitsleistungen, die vom Plan in der Form der direkten Betreuung in den **Gesundheitseinrichtungen**, garantiert werden, die über Unisalute mit dem Fondo Est vertragsgebunden sind.

c) Ärztliche Auskunft

Falls infolge eines Unfalls und einer Krankheit der Versicherte ein telefonische Beratung durch einen Arzt benötigt, erteilt die Einsatzzentrale über ihre Ärzte die erforderlichen Informationen und Ratschläge.

7. FÄLLE, IN DENEN DER PLAN NICHT WIRKSAM IST

Der Gesundheitsplan umfasst nicht alle Vorfälle, die auf die Art des vorgesehenen Versicherungsschutzes zurückzuführen sind. In unserem Fall sind nicht alle für die garantierten Gesundheitsleistungen getragenen Ausgaben vom Gesundheitsplan abgedeckt.

Der Gesundheitsplan gilt nicht für:

- die Behandlungen und/oder Eingriffe zur Beseitigung oder Korrektur körperlicher Mängel* oder Fehlbildungen**, die vor der Unterzeichnung des Vertrags bestanden, unbeschadet dessen, was in Punkt 6.1.4 vorgesehen ist;
- die Behandlung von Geisteskrankheiten und psychischen Störungen im allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensweisen;
- die Zahnprothesen, die Behandlung von Zahnbetterkrankungen, die Zahnbehandlungen und die zahnärztlichen Untersuchungen, unbeschadet dessen, was unter den Punkten 6.6 „Implantologische Leistungen“ und 6.8 „Besondere zahnärztliche Leistungen“ vorgesehen ist;
- die ärztlichen Leistungen zu ästhetischen Zwecken (unbeschadet der Eingriffe der rekonstruktiven plastischen Chirurgie, die durch Unfälle oder zerstörerische Eingriffe während der Gültigkeit des Vertrags notwendig werden);
- die Behandlungen und Eingriffe zur Behandlung der Unfruchtbarkeit sowie in Bezug auf die künstliche Befruchtung;
- die stationären Aufenthalte, wenn der Versicherte bei der Verrichtung der alltäglichen Grundbedürfnisse von Dritten betreut werden muss, sowie die stationären Langzeitaufenthalte.

Als stationäre Langzeitaufenthalte gelten die Aufenthalte, die auf den körperlichen Zustand des Versicherten zurückzuführen sind, wenn keine Aussicht mehr auf Heilung durch ärztliche Behandlung besteht und für die Betreuung und physiotherapeutische Aufrechterhaltung ein Verbleib in der Heilanstalt erforderlich ist;

- die Eingriffe zum Ersatz von orthopädischen Prothesen jeder Art;

- die Behandlung von Krankheiten durch Missbrauch von Alkohol oder Psychopharmaka sowie der nicht therapeutischen Verwendung von Betäubungsmitteln und Halluzinogenen; diesem Ausschluss unterliegen nicht die Personen, die nachweisen können, erfolgreich eine Entwöhnungskur wegen Missbrauchs von Alkohol und Betäubungsmitteln durchgeführt zu haben;
- die Unfälle beim Ausüben von Luftsportarten im allgemeinen und im Zusammenhang mit allen professionell ausgeübten Sportarten;
- die Unfälle bei der Teilnahme an Automobilrennen und -wettbewerben, denen keine reine Regelmäßigkeit zugrunde liegt, an Rennen und Wettbewerben mit Motorrädern oder Motorbooten und bei den entsprechenden Probe- und Trainingsfahrten;
- die durch vorsätzliche Handlungen des Versicherten verursachten Unfälle;
- die direkten oder indirekten Folgen der Umwandlung des Atomkerns, der Strahlungen, die durch die künstliche Beschleunigung von Atomteilchen verursacht werden, sowie der Exposition gegenüber ionisierenden Strahlungen;
- die Folgen von Krieg, Aufständen, Erdbewegungen und Vulkanausbrüchen;
- die nicht von der offiziellen Medizin anerkannten Therapien;

* Unter körperlichem Mangel wird die Abweichung vom normalen morphologischen Aufbau eines Organismus oder von Teilen seiner Organe aufgrund erworbener krankhafter oder traumatischer Bedingungen verstanden.

** Unter Fehlbildung wird die Abweichung vom normalen morphologischen Aufbau eines Organismus oder von Teilen seiner Organe aufgrund angeborener krankhafter oder angeborener Bedingungen verstanden.

Die Einsatzzentrale steht den Versicherten jederzeit zur Verfügung, um etwaige Zweifel zu klären, die sich aus nicht unmittelbar zu definierenden Situationen ergeben.

8. EINIGE WICHTIGE HINWEISE

8.1 Örtlicher Geltungsbereich

Der Gesundheitsplan gilt in der gesamten Welt mit denselben Modalitäten, die in Italien gelten.

8.2 Handhabung der Kostenbelege (Rechnungen und Quittungen)

A) Leistungen in mit Fondo Est über UniSalute vertragsgebundenen Einrichtungen.

Die Ausgabenbelege in Bezug auf Gesundheitsleistungen bei vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen werden dem Versicherten direkt von der Einrichtung übergeben.

B) Leistungen in mit Fondo Est über UniSalute nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen.

Die Ausgabenbelege, die als Kopie empfangen werden, werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt und den Versicherungsfällen beigelegt.

Sollte Fondo Est vom Versicherten die Vorlage der Originale verlangen, sind die Ausgabenbelege vom Versicherten im Original an folgende Anschrift zu schicken:

UniSalute S.p.A - Fondo Est - c/o C.M.P. BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna (BO).

Der Fond schickt sie an den Versicherten nach Abschluss des Versicherungsfalls auf Monatsbasis zurück.

Bei nicht erstattungsfähigen Versicherungsfällen schickt die Gesellschaft die ggf. im Original eingereichten Ausgabenbelege an den Versicherten zusammen mit der entsprechenden Mitteilung zurück. Bei Versicherungsfällen, die im Ausland eingetreten sind, erfolgen die Kostenerstattungen in Italien in Euro zu dem durchschnittlichen Wechselkurs der Woche, in der die Ausgabe getragen wurde.

Die dem Kostenerstattungsantrag beigelegten Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verschreibungen, Krankenblätter usw.) müssen als Kopie geschickt werden. Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.

Wir erinnern daran, dass bei Empfang falscher oder gefälschter Unterlagen der Fonds dies unverzüglich den zuständigen Gerichtsbehörden zur Überprüfung und zur Feststellung etwaiger strafrechtlicher Haftungen mitteilen wird.

Zur Beachtung

Die Kostenerstattungsanträge müssen innerhalb eines Zeitraums von 1 Jahr ab dem Datum der Rechnung oder des Ausgabenbelegs in Bezug auf die in Anspruch genommene Leistung geschickt werden.

Für die stationären Aufenthalte läuft diese Frist ab dem Datum der Entlassung.

Die Rechnungen und Ausgabenbelege, die nach Ablauf von 1 Jahr geschickt werden, sind von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

9. MIT FONDO EST ÜBER UNISALUTE VERTRAGSGEBUNDE- NE EINRICHTUNGEN

Das Netz der vertragsgebundenen Heilanstalten und Analyselabors entwickelt sich ständig durch die Aktivität unseres Fachteams, das stets auf der Suche nach den besten Einrichtungen ist; daher ist immer auf die Internetseite **www.fondoest.it** Bezug zu nehmen oder die gebührenfreie grüne Nummer der Einsatzzentrale **800-016648** zu kontaktieren.

10. LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

NEUROCHIRURGIE

- Entfernung expansiver Prozesse des Rückgrats (intra- und/oder extramedullär)
- Entfernung von Tumoren der Orbita
- Eingriffe der Kranioplastik
- Neurochirurgische Eingriffe aufgrund maligner Tumorerkrankungen
- Neurochirurgische Eingriffe durch Kraniotomie oder auf transoralem Weg
- Eingriffe wegen Bandscheibenvorfall und/oder Myelopathien anderer Art im Halsbereich auf anteriorem oder posteriorem Weg mit etwaiger Wirbelsäulenstabilisierung
- Eingriffe am Armplexus
- Eingriffe an der Hypophyse auf transphenoidalem Weg

ALLGEMEINE CHIRURGIE

- Femoralhernie
- Eingriff zur Entfernung maligner Neoplasien der Mamma mit etwaiger Anbringung einer Prothese
- Entfernung von Brustknoten (einschließlich Entfernung der Brustknoten aufgrund benigner Erkrankungen)

AUGENHEILKUNDE

- Eingriffe wegen Neoplasien des Augapfels
- Eingriffe zur Eukleation des Augapfels

HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE

- Entfernung von Glomus-jugulotympanicum-Tumoren
- Entfernung maligner Tumore der Mundhöhle
- Entfernung von malignen Tumoren des Sinus ethmoidalis, frontalis, sphenoidalis und maxillaris
- Entfernung parapharyngealer Tumoren, von Tumoren des Gaumenzäpfchens (Eingriff zur Entfernung des Gaumenzäpfchen) und der Stimmbänder (Eingriff zur Entfernung der Stimmbänder)

- Zerstörender Eingriff an der Larynx (vollständige oder partielle Laryngotomie)
- Eingriff wegen Neurinom des achten Hirnnervs
- Rekonstruktion der Gehörknöchelchen

HALSCHIRURGIE

- Vollständige Thyreoidektomie
- Eingriffe an den Parathyreoidea
- Eingriff wegen Retrosternal-Kropf mit Mediastinotomie
- Vollständige Thyreoidektomie mit ein- und beidseitiger latero-cervicaler Ausleerung

CHIRURGIE DER ATEMWEGE

- Eingriffe aufgrund von Zysten oder Tumoren des Mediastinums
- Eingriffe wegen Lungenechinokokkose
- Eingriffe wegen Bronchialfisteln
- Eingriffe aufgrund von Tumoren der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge oder des Pleuras
- Vollständige oder partielle Pneumektomie

HERZ-KREISLAUF-CHIRURGIE

- Entfernung eines Karotisgabeltumors
- Dekompression der Arteria vertebralis im Foramen transversarium
- Angioplastie mit eventuellem Stent
- Eingriffe wegen Aneurysmen: Resektion und Transplantation mit Prothese
- Eingriffe an den großen Thoraxgefäßen mit Thorakotomie
- Eingriffe am Herzen mit Thorakotomie
- Eingriffe an der Bauchaorta auf laparotomischem Weg
- Saphenektomie der Vena saphena magna

CHIRURGIE DES VERDAUUNGSTRAKTS

- Eingriffe zur (vollständigen oder partiellen) Resektion der Speiseröhre
- Chirurgische Eingriffe am Anus und am Rektum aufgrund maligner Tumorerkrankungen, nicht auf endoskopischem Weg
- Eingriffe an Mund, Rachen, Kehlkopf aufgrund maligner Tumorerkrankungen
- Eingriffe an Pankreas, Leber und Nieren aufgrund maligner Tumorerkrankungen
- Eingriffe an der cervicalen Speiseröhre, nicht auf endoskopischem Weg
- Appendektomie mit diffuser Peritonitis
- Magen-Darm-Chirurgie aufgrund von Perforationen
- Vollständige Kolektomien, Hemikolektomie und rektokolische Resektion von vorn (mit oder ohne Kolostomie)
- Leberabszessdrainage
- Resektion von Tumoren des retroperitonealen Raums
- Chirurgische Eingriffe wegen Hypertonie der Pfortader
- Eingriffe mit Ösophagoplastik
- Eingriffe zur Amputation von Rektus-Anus
- Eingriffe aufgrund von Pankreaszysten, -pseudozysten oder -fisteln auf laparotomischem Weg
- Eingriffe wegen Leberechinokokkose
- Eingriffe wegen Megakolon auf anteriorem oder abdominoperitonealen Weg
- Eingriffe wegen Neoplasien des Pankreas
- Eingriffe wegen akuter oder chronischer Pankreatitis auf laparotomischem Weg
- Eingriffe an Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm aufgrund maligner Tumorerkrankungen, nicht auf endoskopischem Weg
- Eingriff wegen gastrojejunokolischer Fistel
- Eingriff wegen Megaösophagus
- Wiedereingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege
- Magenresektion

- Erweiterte Magenresektion
- Vollständige Magenresektion
- Magen-Jejunum-Resektion
- Leberresektion

UROLOGIE

- Therapie der Nephrolithiasis
- Zystoprostatavesikulektomie
- Eingriffe mit vollständiger Zystektomie
- Eingriffe der Orchiektomie mit Lymphadenektomie wegen Hodenneoplasie
- Eingriffe mit radikaler Prostatektomie
- Eingriffe mit vesikaler Rekonstruktion mit oder ohne Ureterosigmoidostomie
- Radikale Nephroureterektomie
- Entfernung der Nebenniere

GYNÄKOLOGIE

- Radikaler Eingriff aufgrund von Vaginaltumoren mit Lymphadenektomie
- Vollständige Hysterektomie mit eventueller Adnexektomie
- Radikale Hysterektomie auf abdominalem oder vaginalem Weg mit Lymphadenektomie
- Radikale erweiterte Vulvektomie mit inguinaler und/oder Becken-Lymphadenektomie

ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

- Eingriffe wegen Carpaltunnel-Syndrom
- Eingriff wegen Schnappfinger
- Chirurgische Eingriffe am Rückenmark aufgrund maligner Tumorerkrankungen
- Zerstörende Eingriffe zur Entfernung von Knochentumoren
- Protheseneingriffe an Schulter, Ellbogen, Hüfte oder Knie
- Eingriff zur Resektion von Wirbelkörpern wegen Fraktur, Wirbelzusammenbrüchen und malignen Neoplasien
- Eingriffe zur Wirbelstabilisierung

- Größere beidseitige oder multiple Eingriffe an den Gelenken der unteren Gliedmaßen, die nicht auf ein Trauma zurückzuführen sind
- Halsrippeneingriffe
- Eingriffe zur Rekonstruktion schwerer und ausgedehnter Verstümmelungen der Gliedmaßen durch ein Trauma
- Reimplantation von Gelenken, Eingriffe an Hüfte und Oberschenkel mit Implantation von Prothesen, die nicht auf ein Trauma zurückzuführen sind
- Behandlung der Dosimetrien und/oder der Abweichungen der unteren Gliedmaßen mit externen Implantationen
- Ausgedehnte Verbrennungen mit chirurgischem Eingriff und Verpflanzung eines freien mikrovaskulären Hautlappens

MAXILLOFAZIALE CHIRURGIE

- Osteosynthese der Gesichtsknochenfraktur nach einem Unfall

ORGANTRANSPLANTATIONEN

- Organtransplantationen einschließlich Transplantation von Stammzellen ausschließlich bei Tumorerkrankungen



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini

