



Leitfaden 2020 zu den Gesundheitsleistungen



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini

In diesem Leitfaden finden Sie die vom Fonds direkt betreuten Gesundheitsbereiche.
Für Informationen über Gesundheitsleistungen und Anträge auf Rückerstattung wenden Sie sich bitte montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr an die Einsatzzentrale von Fondo Est unter der **Nummer 06 51 03 11** oder senden Sie eine E-Mail an info@fondoest.it.

Mutterschaftspaket
Fachärztliche Untersuchungen
Diagnostik
Ticketzahlungen für diagnostische Feststellungen und Notaufnahme
Chemotherapie, Strahlentherapie und Dialyse
Kontaktlinsen und Brillen
Physiotherapie
Orthopädische Apparate und Hilfsmittel
Rehabilitationspakete und Kontrolle
Akupunktur
Invalidität
Krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit



INHALT

6 | Mutterschaftspaket

- 7 | Kontrolluntersuchungen
- 7 | Ultraschalluntersuchungen
- 7 | Klinisch-chemische Analysen und genetische Untersuchungen
- 7 | Geburtsbeihilfe
- 7 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

10 | Fachärztliche Untersuchungen

- 12 | Wie die Leistungen anzufordern sind
- 12 | Bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommene Leistungen

16 | Diagnostik

- 18 | Wie die Leistungen anzufordern sind
- 19 | Bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommene Leistungen
- 19 | Die zum Bereich „Diagnostik und Therapie“ gehörenden Leistungen

24 | Ticketzahlungen für diagnostische Feststellungen und Notaufnahme

- 26 | Wie die Leistungen anzufordern sind

28 | Chemotherapie, Strahlentherapie und Dialyse (Neuigkeit 2020)

- 29 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

30 | Kontaktlinsen und Brillen

- 31 | Was versteht man unter Betragsobergrenze pro Rechnung?
- 31 | Überschreiten der Grenze von 36 Monaten
- 32 | Einige Beispiele
- 33 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

36 | Physiotherapie

- 37 | Physiotherapie bei Unfall und besonderen Erkrankungen
- 38 | Kostenerstattungsbeispiele
- 40 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

44 | Rehabilitationspakete und Kontrolle

- 45 | Paket 1: Rehabilitation von Erkrankungen der oberen und unteren Gliedmaßen
- 48 | Paket 2: Postpartale Rehabilitation
- 50 | Paket 3: Postmenopause

54 | Akupunktur

- 55 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

56 | Orthopädische Apparate und Hilfsmittel

- 57 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

60 | Invalidität

- 61 | Empfänger der Leistungen
- 61 | Voraussetzungen der Empfänger
- 61 | Gegenstand der Garantieleistung
- 63 | Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

66 | Krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit



Mutterschaftspaket

Die Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft werden direkt von Fondo Est in Form der Kostenerstattung abgewickelt.

Im Versicherungsschutz sind inbegriffen:

- Obstetrisch-gynäkologische Kontrolluntersuchungen;
- Obstetrische Kontrollen;
- Anästhesiologische Untersuchung bei der Programmierung eines Kaiserschnitts und einer schmerzfreien Entbindung;
- Obstetrische Ultraschalluntersuchungen;
- Klinische Laboranalysen;
- Fachärztliche Untersuchungen zur Überwachung der Schwangerschaft und der Entwicklung des Fötus;
- Genetische Untersuchungen und Geburtsbeihilfe.

Kontrolluntersuchungen

Vorgesehen ist die vollständige Erstattung der obstetrisch-gynäkologischen Kontrolluntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der obstetrischen Kontrollen durch Gesundheitspersonal, das für die Ausübung des Hebammenberufs zugelassen und im entsprechenden Berufsregister eingetragen ist, einer anästhesiologischen Untersuchung bei Programmierung eines Kaiserschnitts und einer schmerzfreien Entbindung, bei maximal vier Untersuchungen pro Kalenderjahr (sechs bei Risikoschwangerschaften). Bei Risikoschwangerschaft ist eine Kopie der ärztlichen Befunde beizulegen, aus denen die zugrundeliegende Krankheit hervorgeht.

Ultraschalluntersuchungen

Es ist die Erstattung aller obstetrischen Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, die sowohl in öffentlichen als in privaten Einrichtungen durchgeführt werden.

Klinisch-chemische Analysen und genetische Untersuchungen

Vorgesehen ist die Erstattung der Ausgaben für **Laboranalysen (chemische Blutuntersuchungen, mikrobiologische Analysen), Fruchtwasseruntersuchungen, Chorionzottenbiopsien, Nackentransparenzmessungen und alle anderen diagnostischen Feststellungen**, die darauf abzielen, die Schwangerschaft und die Entwicklung des Fötus zu überwachen, so wie aufgeführt im Tarifverzeichnis des Nationalen Gesundheitsdienstes.

Die Erstattungsobergrenze für das Mutterschaftspaket beträgt € 1.000,00 pro Schwangerschaft

(zur Ermittlung der Schwangerschaftsdauer werden das Datum der letzten Menstruation und das Datum der Entbindung berücksichtigt).

Geburtsbeihilfe

Bei der natürlichen Entbindung oder Entbindung durch Kaiserschnitt in öffentlichen oder privaten Einrichtungen ist eine Entschädigung von 80,00 € pro Aufenthaltstag für höchstens 7 Nächte vorgesehen. Die Geburtsbeihilfe wird mit denselben Kriterien auch bei einem Krankenhausaufenthalt infolge eines spontanen oder therapeutischen Aborts gezahlt.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

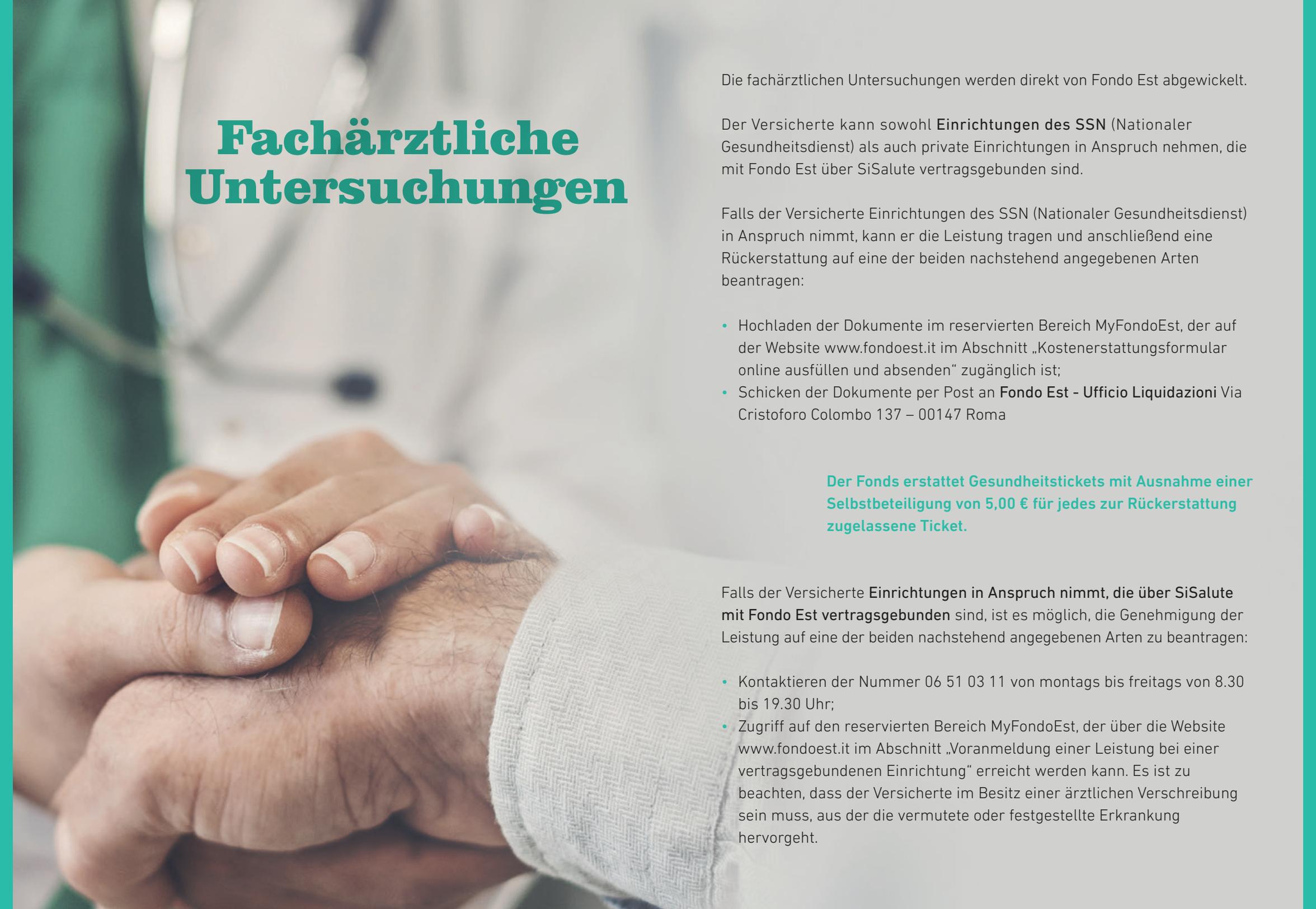
1. Das vollständig ausgefüllte Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it; heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der Ausgabenbelege (Rechnung/Ticket), aus denen die erbrachte Leistung hervorgeht;
3. Bescheinigung über das Vorliegen der Schwangerschaft unter Angabe des Datums der letzten Menstruation und des voraussichtlichen Entbindungsdatums.

Für die Geburtsbeihilfe ist eine Kopie des Krankenhausentlassungsscheins erforderlich, aus dem hervorgeht, dass der stationäre Aufenthalt aufgrund einer Entbindung oder eines spontanen oder therapeutischen Aborts erfolgte.

Bei einer Risikoschwangerschaft ist eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung erforderlich, aus der die zugrundeliegende Krankheit hervorgeht.

*Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.
Die Kostenerstattungsanträge müssen innerhalb eines Zeitraums von 1 Jahr ab dem Datum des Ausgabenbelegs in Bezug auf die in Anspruch genommene Leistung geschickt werden (1 Jahr ab der Entlassung aus der Einrichtung bei Geburtsbeihilfe).*

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Fachärztliche Untersuchungen

Die fachärztlichen Untersuchungen werden direkt von Fondo Est abgewickelt.

Der Versicherte kann sowohl **Einrichtungen des SSN** (Nationaler Gesundheitsdienst) als auch private Einrichtungen in Anspruch nehmen, die mit Fondo Est über SiSalute vertragsgebunden sind.

Falls der Versicherte Einrichtungen des SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) in Anspruch nimmt, kann er die Leistung tragen und anschließend eine Rückerstattung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten beantragen:

- Hochladen der Dokumente im reservierten Bereich MyFondoEst, der auf der Website www.fondoest.it im Abschnitt „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ zugänglich ist;
- Schicken der Dokumente per Post an **Fondo Est - Ufficio Liquidazioni** Via Cristoforo Colombo 137 – 00147 Roma

Der Fonds erstattet Gesundheitstickets mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 5,00 € für jedes zur Rückerstattung zugelassene Ticket.

Falls der Versicherte **Einrichtungen in Anspruch nimmt, die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebunden** sind, ist es möglich, die Genehmigung der Leistung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten zu beantragen:

- Kontaktieren der Nummer 06 51 03 11 von montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr;
- Zugriff auf den reservierten Bereich MyFondoEst, der über die Website www.fondoest.it im Abschnitt „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ erreicht werden kann. Es ist zu beachten, dass der Versicherte im Besitz einer ärztlichen Verschreibung sein muss, aus der die vermutete oder festgestellte Erkrankung hervorgeht.

Der Fonds zahlt die Kosten der Leistung direkt an die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundene Einrichtung, mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 20,00 €, die vom Versicherten zu tragen ist.

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

Die Untersuchungen sind im Fall einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die auf einer ärztlichen Verschreibung angegeben ist.

Wie die Leistungen anzufordern sind

Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets

Der Versicherte muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Das vollständig ausgefüllte Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it; heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit der Angabe der vermuteten und/oder festgestellten Krankheit;
3. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

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.

Bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommenen Leistungen

Der Versicherte muss wie folgt vorgehen:

- Kontaktieren der Nummer 06 51 03 11 von montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr;

oder

- Zugriff auf den reservierten Bereich MyFondoEst, der über die Website www.fondoest.it im Abschnitt „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ erreicht werden kann.

Nach der Voranmeldung erhält der Versicherte per Telefon, E-Mail oder SMS die Mitteilung von SiSalute, ob die Voranmeldung erfolgreich verlaufen ist.

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

Von der Wirksamkeit des Gesundheitsplan von Fondo Est sind ausgeschlossen:

- Die Behandlung von Geisteskrankheiten und psychischen Störungen im allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensweisen;
- Die ärztlichen Leistungen zu ästhetischen Zwecken;
- Die Behandlungen und Eingriffe zur Behandlung der Unfruchtbarkeit sowie in Bezug auf die künstliche Befruchtung;
- die durch vorsätzliche Handlungen des Versicherten verursachten Unfälle;
- Psychiatrische und diätologische Betreuung.
Im Versicherungsschutz inbegriffen ist ausschließlich eine erste psychiatrische und diätologische Untersuchung, um das Vorhandensein einer etwaigen Erkrankung festzustellen;
- Die Untersuchungen, die von Gesundheitspersonal durchgeführt werden, das nicht über eine von der geltenden Gesetzgebung anerkannte Spezialisierung verfügt.

Es sei darauf hingewiesen, dass die zahnärztliche Untersuchung mit Zahnsteinentfernung als Teil der zahnärztlichen Prävention durchgeführt werden kann, die im von UniSalute verwalteten Gesundheitsplan von Fondo Est vorgesehen ist. Diese muss über die gebührenfreie grüne Telefonnummer **800-016648** oder über den Zugang zum Bereich MyFondoEst auf der Internetseite www.fondoest.it vorgemerkt werden.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Diagnostik

Die Diagnostik-Leistungen werden direkt von Fondo Est abgewickelt.

Der Versicherte kann sowohl Einrichtungen des SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) als auch private Einrichtungen nutzen, die mit Fondo Est über SiSalute vertragsgebunden sind.

Falls der Versicherte **Einrichtungen des SSN** (Nationaler Gesundheitsdienst) in Anspruch nimmt, kann er die Leistung tragen und anschließend eine Rückerstattung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten beantragen:

- Hochladen der Dokumente im reservierten Bereich MyFondoEst, der auf der Website www.fondoest.it im Abschnitt „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ zugänglich ist;
- Schicken der Dokumente per Post an **Fondo Est - Ufficio Liquidazioni Via Cristoforo Colombo 137 - 00147 Roma**

Der Fonds erstattet Gesundheitstickets mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 5,00 € für jedes zur Rückerstattung zugelassene Ticket.

Falls der Versicherte **Einrichtungen in Anspruch nimmt, die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebunden** sind, ist es möglich, die Genehmigung der Leistung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten zu beantragen:

- Kontaktieren der Nummer 06 51 03 11 von montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr;
- Zugriff auf den reservierten Bereich MyFondoEst, der über die Website www.fondoest.it im Abschnitt „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ erreicht werden kann. Es ist zu beachten, dass der Versicherte für die Voranmeldung im Besitz einer ärztlichen Verschreibung sein muss, aus der die vermutete oder festgestellte Erkrankung hervorgeht.

Der Fonds zahlt die Kosten der Leistung direkt an die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundene Einrichtung, mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 35,00 €, die vom Versicherten zu tragen ist.

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

Die Leistungen sind im Fall einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die auf einer ärztlichen Verschreibung angegeben ist.

Wie die Leistungen anzufordern sind

Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets

Der Versicherte muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Das vollständig ausgefüllte Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it; heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit der Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit;
3. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma. 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.

Bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommenen Leistungen

Der Versicherte muss wie folgt vorgehen:

- Kontaktieren der Einsatzzentrale unter der Nummer 06 51 03 11 von montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr;

oder

- Zugriff auf den reservierten Bereich MyFondoEst, der über die Website www.fondoest.it im Abschnitt „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ erreicht werden kann.

Nach der Voranmeldung erhält der Versicherte per Telefon, E-Mail oder SMS die Mitteilung von SiSalute, ob die Voranmeldung erfolgreich verlaufen ist.

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

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.

Die zum Bereich Diagnostik gehörenden Leistungen

Konventionelle Röntgendiagnostik (ohne Kontrastmittel)

- Röntgenuntersuchungen des Knochen- und Gelenkapparates;
- Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verschreibung erforderlich ist, nicht jedoch die Erkrankung);
- Beidseitige Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verschreibung erforderlich ist, nicht jedoch die Erkrankung);
- Röntgen der gesamten Wirbelsäule;
- Röntgen eines Organs, eines Apparates;
- Röntgen der Speiseröhre;
- Röntgen der Speiseröhre mit direkter Untersuchung;
- Röntgen des Dünndarms (fraktioniert);
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts;
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts (oberer Trakt);
- Röntgen des Magen-Darm-Trakts (unterer Trakt);

Konventionelle Röntgendiagnostik (mit Kontrastmittel)

- Angiographie (einschließlich der Röntgenuntersuchungen des Kreislaufs);
- Arthrographie;
- Cavernosographie;
- Zystographie / doppelter Kontrast;
- Miktionszystourethrographie;
- Klysma mit Einfach-/Doppelkontrast;
- Cholangiographie;
- Cholezystographie;
- Kolpographie;
- Koronarographie;
- Dakryozystographie;
- Defäkographie;
- Urodynamische Untersuchung;
- Fistulographie;
- Phlebographie;

- Fluorangiographie;
- Galaktographie;
- Hysterosalpingographie und/oder Sonohysterosalpingographie und/oder Sonohysterographie;
- Lymphographie;
- 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;
- Urethrozystographie;
- Urographie;
- Vesikulo-Deferentographie;

Aufwendige Bilddiagnostik (Sonographie)

- Mammasonographie;
- Beckensonographie auch mit transvaginaler Sonde;
- Prostatazonographie, auch transrektal;
- Oberbauchsonographie;
- Unterbauchsonographie;
- Muskel-Sehnen-Sonographie;
- Sonographie der Weichteile;
- Schilddrüsenzonographie;
- Transrektale Sonographie.

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

- Szintigraphie eines beliebigen Apparates oder Organs (einschließlich Myokardszintigraphie);
- Tomoszintigraphie SPET Myokard;
- Gesamtkörperszintigraphie mit markierten autologen Zellen;
- Tomoszintigraphie (SPET) Gehirn;

Instrumentendiagnostik

- Kampimetrie;
- Dynamisches Elektrokardiogramm (EKG) mit analogen Vorrichtungen (Holter);
- Dynamisches EKG mit externem Event-Recorder;
- 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 und operative Endoskopien

- Zystoskopie;
- Ösophagogastroduodenoskopie;
- Pankoloskopie;
- Rektoskopie;
- Rektosigmoidoskopie;
- Tracheobronchoskopie.

Falls sich die Leistungen der diagnostischen Endoskopie im Verlauf der Untersuchung in operative Endoskopien verwandeln, garantiert der Fonds die Abdeckung sowohl der diagnostischen Endoskopie als der operativen Endoskopie.

Sonstige

- Biopsie des Wächterlymphknotens;
- Arterielle Blutgasanalyse;
- Endoskopische bronchoalveoläre Lavage;
- Suche nach dem Wächterlymphknoten und Druckpunkt.

ZUR BEACHTUNG: Zahnärztliche diagnostische Leistungen sind im Gesundheitsplan von UniSalute im spezifischen Abschnitt ZAHNÄRZTLICHE DIAGNOSTISCHE FESTSTELLUNGEN enthalten.



Ticketzahlungen für diagnostische Feststellungen und Notaufnahmen

Die Erstattung von Tickets des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) für diagnostische Feststellungen und die Erstattung von Notaufnahmetickets des SSN wird direkt von Fondo Est abgewickelt. Die Abdeckung umfasst **alle diagnostischen Feststellungen, die nicht im Bereich „Diagnostik“ angegeben sind. Hierzu gehören jedoch nicht die zahnärztlichen diagnostischen Feststellungen.**

Einige Beispiele für Leistungen, die vom Versicherungsschutz abgedeckt sind:

- Blutuntersuchungen (alle);
- Mikrobiologische Blutentnahmen (Pap-Test);
- Elektrokardiogramm (auch unter Belastung);

Der Versicherte kann Einrichtungen des SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) in Anspruch nehmen, die Leistung tragen und anschließend eine Rückerstattung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten beantragen:

- Hochladen der Dokumente im reservierten Bereich MyFondoEst, der auf der Website www.fondoest.it im Abschnitt „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ zugänglich ist;
- Schicken der Dokumente per Post an **Fondo Est - Ufficio Liquidazioni** Via Cristoforo Colombo 137 – 00147 Roma

Der Fonds erstattet Gesundheitstickets mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 5,00 € für jedes zur Rückerstattung zugelassene Ticket.

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

Die Leistungen sind im Fall einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die auf einer ärztlichen Verschreibung angegeben ist.

Wie die Leistungen anzufordern sind

Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets

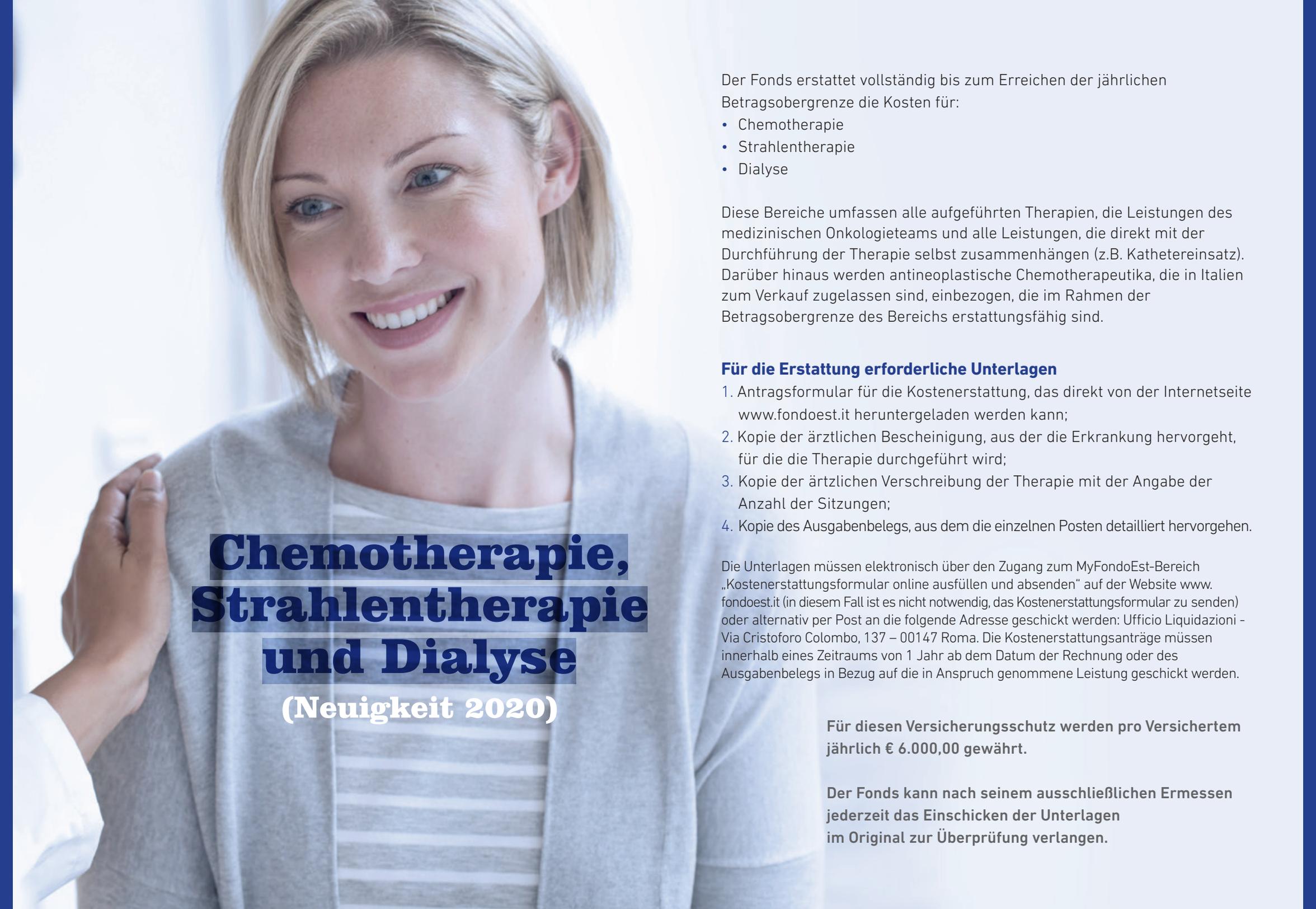
Der Versicherte muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Das vollständig ausgefüllte Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it; heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit der Angabe der vermuteten und/oder festgestellten Krankheit;
3. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

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.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Chemotherapie, Strahlentherapie und Dialyse

(Neuigkeit 2020)

Der Fonds erstattet vollständig bis zum Erreichen der jährlichen Betragsobergrenze die Kosten für:

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Dialyse

Diese Bereiche umfassen alle aufgeführten Therapien, die Leistungen des medizinischen Onkologieteams und alle Leistungen, die direkt mit der Durchführung der Therapie selbst zusammenhängen (z.B. Kathetereinsatz). Darüber hinaus werden antineoplastische Chemotherapeutika, die in Italien zum Verkauf zugelassen sind, einbezogen, die im Rahmen der Betragsobergrenze des Bereichs erstattungsfähig sind.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Bescheinigung, aus der die Erkrankung hervorgeht, für die die Therapie durchgeführt wird;
3. Kopie der ärztlichen Verschreibung der Therapie mit der Angabe der Anzahl der Sitzungen;
4. Kopie des Ausgabenbelegs, aus dem die einzelnen Posten detailliert hervorgehen.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma. 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 diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 6.000,00 gewährt.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Kontaktlinsen und Brillen

Fondo Est zahlt die Kosten für den Kauf von Linsen und Brillen für Sehfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit) **ohne Einschränkung der vom Augenarzt festgestellten Krankheit.**

Die Erstattung wird **alle 36 Monate anhand einer einzigen Rechnung für Linsen oder Brillen gewährt.** Ein neuer Antrag auf Erstattung kann erst nach Ablauf dieser Zeit gestellt werden.

Der erstattungsfähige Betrag beläuft sich pro Rechnung auf € 90,00.

Was versteht man unter Betragsobergrenze pro Rechnung?

Darunter ist zu verstehen, dass der Beitrag **nur einmal** innerhalb der Grenze von **90,00 €** gegenüber eines vom Versicherten entrichteten und mit einer Rechnung belegten Betrags für den Kauf von Linsen, Kontaktlinsen und Brillen gezahlt wird. Der Kauf des Brillengestells allein ist nicht erstattungsfähig. Keinesfalls darf die Obergrenze durch die Addition mehrerer Anträge während der 36 Monate erreicht werden.

Überschreiten der Grenze von 36 Monaten

Eine Rückerstattung kann vor Ablauf von 36 Monaten ab dem Datum der letzten vom Fonds gezahlten Rechnung gewährt werden, wenn der Augenarzt (oder der Optiker im Fall einer Visusveränderung aufgrund eines isolierten Sehfehlers infolge Kurzsichtigkeit) eine Veränderung von mindestens 1,5 sphärischen oder zylindrischen Dioptrien an einem einzelnen Auge für jede Art von Erkrankung bescheinigt.

In diesem Fall gewährt der Fonds eine Rückerstattung, vorausgesetzt, dass seit der letzten abgewickelten Rechnung mindestens 12 Monate verstrichen sind.

Auf keinen Fall kann es als ausreichend angesehen werden, die Variation von 1,5 Dioptrien durch Addition der sphärischen und zylindrischen Werte des einzelnen Auges oder durch Addition der Variationen zwischen rechtem und linkem Auge zu erreichen.

Einige Beispiele

Beispiel 1

Bei einer Veränderung von 1,5 sphärischen oder zylindrischen Dioptrien am einzelnen Auge für dieselbe Erkrankung, die im ersten beim Fonds eingereichten Kostenerstattungsantrag angegeben wurde, wird die Erstattung auch dann gewährt, wenn seit der vorherigen Rechnung noch nicht 36 Monate verstrichen sind, es sei denn, in den 12 Monaten vor dem Rechnungsdatum, für das die Erstattung beantragt wird, ist bereits eine andere Rechnung beglichen worden.

In diesem Fall beginnt die 36-Monatsfrist mit dem Datum der letzten vom Fonds erstatteten Rechnung.

- 10.01.2017 Herr Mario Rossi kauft eine Brille für Kurzsichtigkeit und erhält in den darauffolgenden Monaten die Erstattung von Fondo Est.
- 10.10.2018 Herr Mario Rossi kauft nach einer augenärztlichen Untersuchung eine neue Brille für Kurzsichtigkeit. Die am rechten Auge festgestellte Veränderung beträgt 1,75 Dioptrien.
- Herr Mario Rossi hat in den 12 Monaten vor dem Datum der zweiten Rechnung keine Kostenerstattung anderer Rechnungen für Linsen oder Brillen beantragt.
- Herr Mario Rossi kann die Kostenerstattung beim Fonds beantragen, da die festgestellte Abweichung größer oder gleich 1,50 Dioptrien ist und seit der letzten abgewickelten Rechnung für Linsen und Brillen mehr als 12 Monate vergangen sind.

Beispiel 2

- 10.01.2017 Herr Mario Rossi kauft eine Brille für Kurzsichtigkeit und erhält die Kostenerstattung von Fondo Est.
- 10.10.2018 Herr Mario Rossi kauft nach einer augenärztlichen Untersuchung eine neue Brille für Kurzsichtigkeit. Die am rechten Auge festgestellte Veränderung beträgt 0,75 Dioptrien.
- Herr Mario Rossi hat in den 12 Monaten vor dem Datum der zweiten Rechnung keine Kostenerstattung anderer Rechnungen für Linsen oder Brillen beantragt.

- Herr Mario Rossi kann keine Kostenerstattung der Rechnung erhalten, da die Veränderung der Dioptrien weniger als 1,50 beträgt.

Beispiel 3

- 01.10.2017 Herr Mario Rossi kauft eine Brille für Kurzsichtigkeit und erhält die Kostenerstattung von Fondo Est.
- 11.01.2020 Herr Mario Rossi kauft nach einer augenärztlichen Untersuchung eine neue Brille für Kurzsichtigkeit. Die am rechten Auge festgestellte Veränderung beträgt 0,75 Dioptrien.
- Herr Mario Rossi hat in den 12 Monaten vor dem Datum der zweiten Rechnung keine Kostenerstattung anderer Rechnungen für Linsen oder Brillen beantragt.
- Herr Mario Rossi kann die Kostenerstattung der Rechnung erhalten, obwohl die Veränderung der Dioptrien weniger als 1,50 beträgt, da seit der letzten abgewickelten Rechnung 36 Monate vergangen sind.

Nicht zugelassen ist die Kostenerstattung für Brillen und/oder Linsen zu ästhetischen Zwecken.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der Verschreibung des Augenarztes, aus der die fehlenden sphärischen und/oder zylindrischen Dioptrien hervorgehen. Die Verschreibung des Optikers wird nur für einen isolierten Sehfehler infolge Kurzsichtigkeit akzeptiert. Bei der Verschreibung von Multifokallinsen bleibt die Verschreibung durch den Augenarzt obligatorisch. Die Verschreibungen, die bis zu 24 Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt wurden, werden als gültig betrachtet. Nach dem Kaufdatum ausgestellte Verschreibungen und orthoptische Verschreibungen werden nicht akzeptiert.
3. Kopie der Rechnung, aus der der Kauf des Hilfsmittels hervorgeht.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma. 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.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Physiotherapie

Physiotherapie bei Unfall und besonderen Erkrankungen

Der Fonds zahlt die Kosten für die Physiotherapie-Behandlungen ausschließlich für Rehabilitationszwecke in den folgenden Fällen, Voraussetzung ist die Verschreibung des Hausarztes oder eines Facharztes, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, und die Durchführung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der Titel auf dem Ausgabenbeleg nachzuweisen ist.

1. Der Unfall wurde innerhalb von 48 Stunden nach dem traumatischen Ereignis von der Notaufnahme des Krankenhauses oder der organisierten medizinischen Einrichtung, die die erste Hilfe geleistet hat, bescheinigt. (Z.B. Klinik, Heilanstalt, privates Krankenhaus). Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Unfallfolgen abzielen.
2. Besondere Erkrankungen:
 - 2.1 Schlaganfall. Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Folgen der Erkrankung abzielen.
 - 2.2 Neoplasien oder Formen der Gehirn- oder Knochenmarkdegeneration. Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Folgen der Erkrankung abzielen;
 - 2.3 Protrusionen und Bandscheibenvorfälle, die durch Magnetresonanztomographie (MRI) oder Computer-Axialtomographie (CT) diagnostiziert wurden. Bei besonders alten Befunden behält sich der Fonds das Recht vor, zusätzliche Unterlagen anzufordern. Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Folgen der Erkrankung abzielen.

Bei einer wirbelchirurgischen Lösung für einen Bandscheibenvorfall wird für maximal 6 Monate nach dem chirurgischen Eingriff Physiotherapie gewährt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

In Fitness-Centern, Gymnastik- und Sportklubs, Schönheitssalons, Gesundheitshotels, Pflegehotels, Wellness-Centern durchgeführte Leistungen, auch wenn eine Arztpraxis daran angeschlossen ist. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Fonds keine Erstattungen für

Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. Ebenso erfolgt keine Erstattung für osteopathische Leistungen, da sie rechtlich nicht als medizinische Tätigkeiten eingestuft werden.

Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig.

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

Kostenerstattungsbeispiele

Beispiel 1: Rechnung für eine Sitzung „korrektive Gymnastik“ € 15,00

Wie erfolgt die Erstattung?

Erstattungsfähiger Höchstbetrag pro Sitzung € 11,00 (vgl. Liste)

Erstatteter Betrag: € 11,00

Beispiel 2: Rechnung für 10 Sitzungen „korrektive Gymnastik“ € 200,00 + 10 Sitzungen „individuelle Bewegungstherapie“ € 250,00

Wie erfolgt die Erstattung?

Korrektive Gymnastik (erstattungsfähiger Höchstbetrag pro Sitzung € 11,00)

Erstatteter Betrag: € 110,00

Individuelle Bewegungstherapie (erstattungsfähiger Höchstbetrag pro Sitzung € 23,00).

Erstatteter Betrag: € 230,00

Erstatteter Gesamtbetrag = € 340,00

Greift der Versicherte auf den Nationalen Gesundheitsdienst zurück, erstattet der Fonds vollständig die Gesundheitstickets bis zur Höchstgrenze von jährlich 500,00 €. Folgende Physiotherapie-Bereiche, die zur funktionellen Rehabilitation und zur Rehabilitation von Traumen und

Erkrankungen angewandt werden, sind zur Erstattung zugelassen:

LEISTUNGEN DER ELEKTROTHERAPIE	KOSTEN PRO SITZUNG
Diodynamik	€ 8,00
Diathermie	€ 8,00
Diathermotherapie	€ 8,00
Elektro-/Ultraschalltherapie	€ 8,00
Exponentielle Elektrostimulation	€ 8,00
Elektrotherapie	€ 10,00
Iontophorese	€ 10,00
Transkutane Schmerztherapie	€ 8,00

LEISTUNGEN DER HYDROTHERAPIE	KOSTEN PRO SITZUNG
Bäder	€ 13,00
Trinkkuren	€ 13,00
Gefäßgymnastik im Wasser	€ 9,00
Bewegungstherapie im Wasser	€ 13,00
Hydrogalvanotherapie	€ 8,00
Hydromassage	€ 8,00

LEISTUNGEN DER MASSAGETHERAPIE	KOSTEN PRO SITZUNG
Manuelle Lymphdrainage	€ 15,00
Massage reflexogener Zonen	€ 13,00
Instrumentelle Massage	€ 8,00
Traditionelle therapeutische Massage	€ 8,00
Segmentmassage	€ 19,00
für jedes beliebige Segment	

LEISTUNGEN DER FUNKTIONELLEN THERAPIE UND BEWEGUNGSTHERAPIE	KOSTEN PRO SITZUNG
Individuelle Bewegungstherapie (jeder Art)	€ 23,00
Korrektive Gymnastik	€ 11,00
Krankengymnastik (nicht für ästhetische Zwecke)	€ 16,00
Propriozeptive Gymnastik	€ 8,00

Atemgymnastik	€ 11,00
Segmentgymnastik	€ 11,00
Postoperative Rehabilitation	€ 11,00
Posttraumatische Rehabilitation	€ 11,00
Neuromotorische Rehabilitation	€ 21,00
Rehabilitation des Beckenbodens	€ 30,00

LEISTUNGEN DER ULTRASCHALLTHERAPIE

Kontaktultraschall	€ 10,00
Immersionultraschall	€ 8,00

LEISTUNGEN DER TECARTHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG
€ 26,00

LEISTUNGEN DER THERMOTHERAPIE	KOSTEN PRO SITZUNG
Kryotherapie	€ 7,00
Fangothérapie	€ 9,00
Hyperthermie	€ 31,00

LEISTUNGEN DER ÄRZTLICHEN WIRBELSÄULENTHERAPIE (durchgeführt von einem Arzt)

KOSTEN PRO SITZUNG	
Unblutige Korrektur der Wirbelsäulenverrenkung	€ 18,00
Manipulation der Wirbelsäule	€ 21,00
Halswirbelsäulentraktion	€ 11,00
Traktion des Kreuzbeins	€ 11,00
Mechanische Wirbelsäulentraktion	€ 11,00

SONSTIGE	KOSTEN PRO SITZUNG
Phytotherapie	€ 6,50
Lasertherapie	€ 22,00

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

Bei einem Unfall, der von der Notaufnahme oder einer Gesundheitseinrichtung anerkannt wurde, die die erste Hilfe vorgenommen hat:

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der Unfallbescheinigung der Notaufnahme oder der Gesundheitseinrichtung;
3. Kopie der ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgeht;
4. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal durchgeführt wurde, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der jeweilige Titel auf dem Ausgabenbeleg nachzuweisen ist, der von einem von der geltenden Gesetzesordnung anerkannten Arzt oder Mitglied des Gesundheitspersonals ausgestellt wurde (Berufskrankenpfleger, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome laut Dekret des Gesundheitsministeriums v. 27. Juli 2000). Es wird daran erinnert, dass kraft Art. 1 des Dekrets v. 17.05.2002, das gemeinsam von den Ministern für Gesundheit sowie für Wirtschaft und Finanzen erlassen wurde, die von Physiotherapeuten erbrachten Rehabilitationsleistungen laut Art. 10, Nr. 18, des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 633 vom 26.10.1972 von der MwSt. befreit sind. Daher wird der Fonds bei Rehabilitationsleistungen, die von einem Arzt oder von Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist, erbracht wurden, die ggf. auf der Rechnung ausgewiesene MwSt. nicht erstatten.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.

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.

Bei besonderen Erkrankungen, für die Physiotherapie-Behandlungen zugelassen sind und vom Fonds abgedeckt werden, ist folgendes einzureichen:

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Für Erkrankungen, die unter den Punkten 2.1 und 2.2 des Bereichs Physiotherapie dieses Leitfadens aufgeführt sind: Kopie der ärztlichen Bescheinigung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, aus der die Art der Erkrankung hervorgeht; Protrusionen und Bandscheibenvorfälle gemäß Punkt 2.3 dieses Leitfadens: Kopie des Befundes der Magnetresonanztomographie (MRI) oder Computer-Axialtomographie (CT);
3. Kopie der detaillierten ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgeht. Die verschriebene Physiotherapie muss mit der Erkrankung im Einklang stehen.
4. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal durchgeführt wurde, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der jeweilige Titel auf dem Ausgabenbeleg nachzuweisen ist, der von einem von der geltenden Gesetzesordnung anerkannten Arzt oder Mitglied des Gesundheitspersonals ausgestellt wurde (Berufskrankenpfleger,

Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Titel - Ministerialdekret 27. Juli 2000 - Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000).

Es wird daran erinnert, dass kraft Art. 1 des Dekrets v. 17.05.2002, das gemeinsam von den Ministern für Gesundheit sowie für Wirtschaft und Finanzen erlassen wurde, die von Physiotherapeuten erbrachten Rehabilitationsleistungen laut Art. 10, Nr. 18, des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 633 vom 26.10.1972 von der MwSt. befreit sind. Daher wird der Fonds bei Rehabilitationsleistungen, die von einem Arzt oder von Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist, erbracht wurden, die ggf. auf der Rechnung ausgewiesene MwSt. nicht erstatten.

Für alle Arten von Leistungen ist es bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes notwendig, eine Kopie des Gesundheitstickets einzureichen.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.

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.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Rehabilitationspakete und Kontrolle

Fondo Est stellt seinen Versicherten drei Dienstleistungspakete zur Verfügung, die auf die Rehabilitation und Kontrolle bestimmter Erkrankungen und physiologischer Zustände abzielen. **Die Pakete sind nicht kumulierbar. Für jedes Kalenderjahr hat der Versicherte die Möglichkeit, nur eines der drei Pakete zu aktivieren und kann nur die für das gewählte Paket angebotenen Leistungen innerhalb der in diesem Plan angegebenen Grenzen in Anspruch nehmen.**

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.

Für jedes der drei Pakete werden dem Versicherten jährlich € 500,00 gewährt.

Paket 1: Rehabilitation von Erkrankungen der oberen und unteren Gliedmaßen

Das Paket kann nur für die folgenden Erkrankungen in Anspruch genommen werden:

- Carpaltunnel-Syndrom;
- Guyon-Kanal-Syndrom (letzter Abschnitt des Nervus ulnaris);
- Tarsaltunnel-Syndrom;
- Schnappfinger (Sehnenentzündung der Hand);
- De-Quervain-Syndrom (Tendovaginitis stenosans);
- adhäsive Kapsulitis;
- Verletzung/Entzündung der Rotatorenmanschette;
- Sehnenentzündung des Supraspinatus;
- Schleimbeutelentzündung der Schulter;
- Arthritis/Periarthritis skapulohumeral oder Schulter;
- Morton-Syndrom (Metatarsalgie);
- Krampfadern der unteren Gliedmaßen.

Durch die Aktivierung des Pakets *Rehabilitation von Erkrankungen der oberen und unteren Gliedmaßen* können die folgenden Posten bis zu den maximalen Kosten pro Sitzung für jede Leistung erstattet werden:

LEISTUNG	MAXIMALE KOSTEN PRO SITZUNG
Individualisierte ärztliche Massagetherapie (Arzt für Allgemeinmedizin)	€ 19,00
Infrarotlicht	€ 8,00
Ultraschall	€ 10,00
Magnetfeldtherapie	€ 12,00
Lasertherapie	€ 22,00
Tecartherapie	€ 26,00
Hyperthermie	€ 31,00
Manuelle Lymphdrainage (DML)	€ 15,00
Elastokompression	€ 15,00

Bescheinigungen für Krankheiten, die vor Ablauf von drei Monaten nach Beginn des Behandlungsplans ausgestellt wurden, werden nicht akzeptiert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

In Fitness-Centern, Gymnastik- und Sportklubs, Schönheitssalons, Gesundheitshotels, Pflegehotels, Wellness-Centern durchgeführte Leistungen, auch wenn eine Arztpraxis daran angeschlossen ist. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Fonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. Ebenso erfolgt keine Erstattung für osteopathische Leistungen, da sie rechtlich nicht als medizinische Tätigkeiten eingestuft werden. Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig. Im Falle einer chirurgischen Lösung wird für maximal 6 Monate nach dem chirurgischen Ereignis Physiotherapie gewährt.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Bescheinigung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, aus der die Art der Erkrankung hervorgeht;
3. Kopie der ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgeht;
4. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal durchgeführt wurde, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der jeweilige Titel durch den Ausgabenbeleg nachzuweisen ist, der von einem von der geltenden Gesetzesordnung anerkannten Arzt oder Mitglied des Gesundheitspersonals ausgestellt wurde (Berufskrankenpfleger, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome - Ministerialdekret v. 27. Juli 2000 - Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000).
Es wird daran erinnert, dass kraft Art. 1 des Dekrets v. 17.05.2002, das gemeinsam von den Ministern für Gesundheit sowie für Wirtschaft und Finanzen erlassen wurde, die von Physiotherapeuten erbrachten Rehabilitationsleistungen laut Art. 10, Nr. 18, des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 633 vom 26.10.1972 von der MwSt. befreit sind. Daher wird der Fonds bei Rehabilitationsleistungen, die von einem Arzt oder von Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist, erbracht wurden, die ggf. auf der Rechnung ausgewiesene MwSt. nicht erstatten.

Für alle Arten von Leistungen ist es bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes notwendig, außer den erforderlichen ärztlichen Unterlagen eine Kopie des Gesundheitstickets einzureichen.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.

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.

Paket 2: Postpartale Rehabilitation

Das Paket kann erst aktiviert werden, nachdem die Entbindung von einem Arzt oder einer Gesundheitseinrichtung bescheinigt wurde, aus der der Abschluss der Schwangerschaft hervorgeht.

Durch die Aktivierung des Pakets *Postpartale Rehabilitation* können die folgenden Posten bis zu den maximalen Kosten pro Sitzung für jede Leistung erstattet werden, und sofern die **Leistungen innerhalb von 6 Monaten ab der Entbindung in Anspruch genommen werden:**

LEISTUNG	MAXIMALE KOSTEN PRO SITZUNG
Postpartale Gymnastik	€ 11,00
Rehabilitation des Beckenbodens	€ 30,00

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

In Fitness-Centern, Gymnastik- und Sportklubs, Schönheitssalons, Gesundheitshotels, Pflegehotels, Wellness-Centern durchgeführte Leistungen, auch wenn eine Arztpraxis daran angeschlossen ist. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Fonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. Ebenso erfolgt keine Erstattung für osteopathische Leistungen, da sie rechtlich nicht als medizinische Tätigkeiten eingestuft werden.

Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der von einem Arzt oder einer Gesundheitseinrichtung ausgestellten Bescheinigung, aus der der Abschluss der Schwangerschaft hervorgeht.
3. Kopie der detaillierten ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgeht;
4. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal durchgeführt wurde, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der jeweilige Titel durch den Ausgabenbeleg nachzuweisen ist, der von einem von der geltenden Gesetzesordnung anerkannten Arzt oder Mitglied des Gesundheitspersonals ausgestellt wurde (Berufskrankenpfleger, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome - Ministerialdekret v. 27. Juli 2000 - Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000).
Es wird daran erinnert, dass kraft Art. 1 des Dekrets v. 17.05.2002, das gemeinsam von den Ministern für Gesundheit sowie für Wirtschaft und Finanzen erlassen wurde, die von Physiotherapeuten erbrachten Rehabilitationsleistungen laut Art. 10, Nr. 18, des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 633 vom 26.10.1972 von der MwSt. befreit sind. Daher wird der Fonds bei Rehabilitationsleistungen, die von einem Arzt oder von Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist, erbracht wurden, die ggf. auf der Rechnung ausgewiesene MwSt. nicht erstatten.

Für alle Arten von Leistungen ist es bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes notwendig, außer den erforderlichen ärztlichen Unterlagen eine Kopie des Gesundheitstickets einzureichen.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma. 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.

Paket 3: Postmenopause

Das Paket kann ausschließlich nach der Menopause aktiviert werden, die vom Hausarzt oder vom Facharzt bescheinigt wurde.

Durch die Aktivierung des Pakets **Postmenopause** können die folgenden Posten bis zu den eventuellen maximalen Kosten pro Sitzung für einige Leistungen und der für andere Leistungen vorgesehenen Wiederholbarkeit erstattet werden:

LEISTUNG	MAXIMALE KOSTEN PRO SITZUNG
Rehabilitation des Beckenbodens	€ 30,00
Krankengymnastik	€ 16,00
Gynäkologische Untersuchung	(max 1/Jahr)
Postmenopause	
Knochendichtemessung	(max 1/Jahr)

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

In Fitness-Centern, Gymnastik- und Sportklubs, Schönheitssalons, Gesundheitshotels, Pflegehotels, Wellness-Centern durchgeführte Leistungen, auch wenn eine Arztpraxis daran angeschlossen ist. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Fonds keine Erstattungen für

Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. Ebenso erfolgt keine Erstattung für osteopathische Leistungen, da sie rechtlich nicht als medizinische Tätigkeiten eingestuft werden.

Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

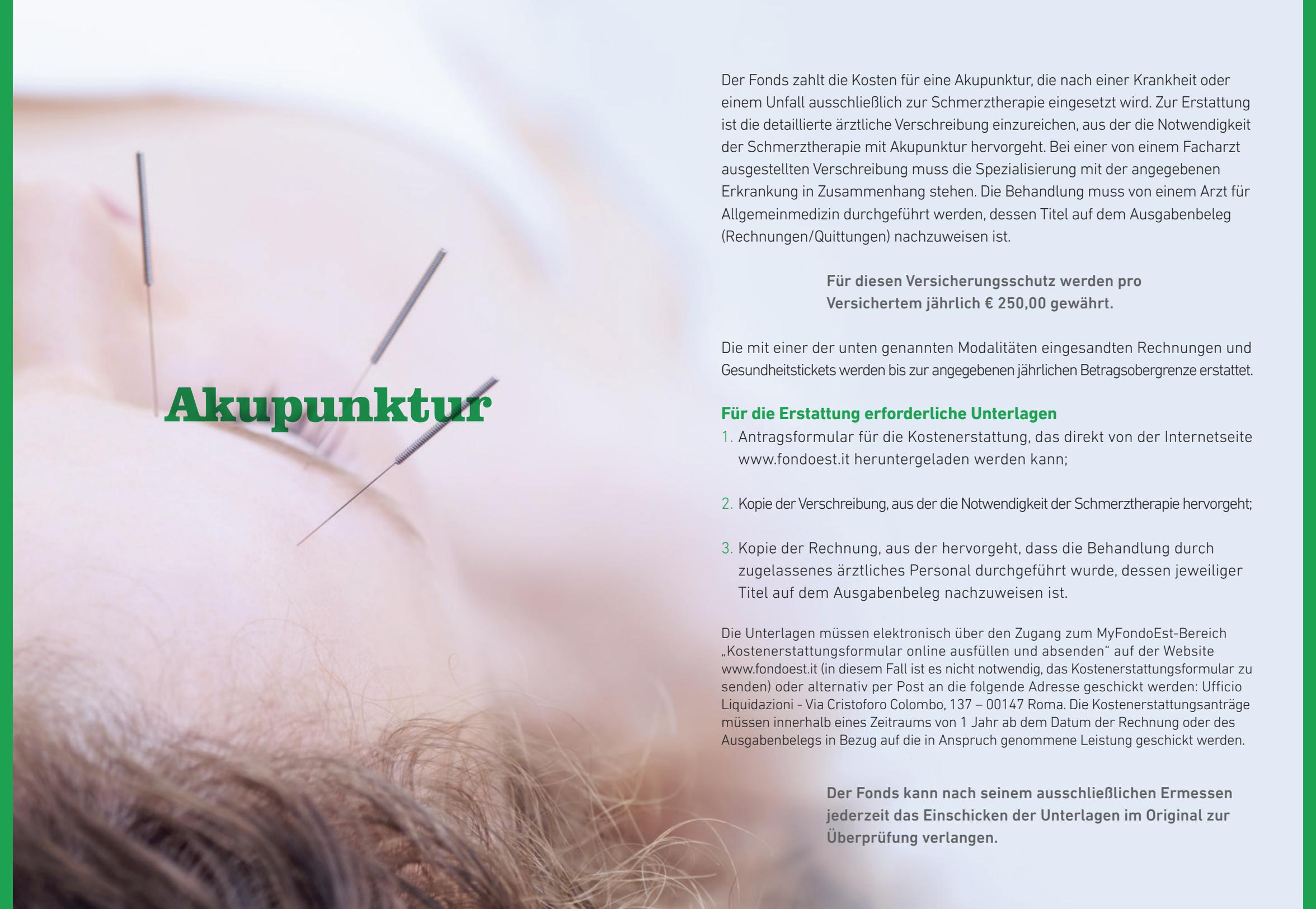
1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der Bescheinigung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, aus der der Zustand der Menopause hervorgeht;
3. Für die vom Paket vorgesehenen Physiotherapie-Behandlungen: Kopie der detaillierten ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgeht. Für die gynäkologische Untersuchung und die Knochendichtemessung: Kopie einer detaillierten ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt.
4. Kopie der Rechnung. Für die Rechnungen in Bezug auf Physiotherapie-Leistungen ist es notwendig, dass aus ihnen hervorgeht, dass die Behandlung durch ärztliches Personal oder Hilfspersonal durchgeführt wurde, das für die Therapie der Rehabilitation zugelassen ist, wobei der jeweilige Titel durch den Ausgabenbeleg nachzuweisen ist, der von einem von der geltenden Gesetzesordnung anerkannten Arzt oder Mitglied des Gesundheitspersonals ausgestellt wurde (Berufskrankenpfleger, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome - Ministerialdekret v. 27. Juli 2000 - Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000). Es wird daran erinnert, dass kraft Art. 1 des Dekrets v. 17.05.2002, das gemeinsam von den Ministern für Gesundheit sowie für Wirtschaft und

Finanzen erlassen wurde, die von Physiotherapeuten erbrachten Rehabilitationsleistungen laut Art. 10, Nr. 18, des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 633 vom 26.10.1972 von der MwSt. befreit sind. Daher wird der Fonds bei Rehabilitationsleistungen, die von einem Arzt oder von Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist, erbracht wurden, die ggf. auf der Rechnung ausgewiesene MwSt. nicht erstatten.

Für alle Arten von Leistungen ist es bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes notwendig, außer den erforderlichen ärztlichen Unterlagen eine Kopie des Gesundheitstickets einzureichen.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.

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.

A close-up photograph of a person's back with several acupuncture needles inserted into the skin. The needles are thin and metallic, with some showing the characteristic spiral texture. The background is softly blurred, focusing attention on the needles and the skin.

Akupunktur

Der Fonds zahlt die Kosten für eine Akupunktur, die nach einer Krankheit oder einem Unfall ausschließlich zur Schmerztherapie eingesetzt wird. Zur Erstattung ist die detaillierte ärztliche Verschreibung einzureichen, aus der die Notwendigkeit der Schmerztherapie mit Akupunktur hervorgeht. Bei einer von einem Facharzt ausgestellten Verschreibung muss die Spezialisierung mit der angegebenen Erkrankung in Zusammenhang stehen. Die Behandlung muss von einem Arzt für Allgemeinmedizin durchgeführt werden, dessen Titel auf dem Ausgabenbeleg (Rechnungen/Quittungen) nachzuweisen ist.

Für diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 250,00 gewährt.

Die mit einer der unten genannten Modalitäten eingesandten Rechnungen und Gesundheitstickets werden bis zur angegebenen jährlichen Betragsobergrenze erstattet.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der Verschreibung, aus der die Notwendigkeit der Schmerztherapie hervorgeht;
3. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch zugelassenes ärztliches Personal durchgeführt wurde, dessen jeweiliger Titel auf dem Ausgabenbeleg nachzuweisen ist.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma. 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.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.

A photograph of a physical therapist, a woman with dark hair, assisting an elderly man with grey hair. She is wearing a light blue shirt and is adjusting a grey brace on the man's right knee. The man is wearing a white t-shirt and dark shorts, and he has a black watch on his left wrist. The background is a bright, out-of-focus clinical or gym setting.

Orthopädische Apparate und Hilfsmittel

Der Fonds erstattet die Kosten für den Kauf oder die Miete von orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln, sofern sie eigens verschrieben wurden:

**Für jede Art von Hilfsmittel sind
sind höchstens 2 Käufe pro Jahr vorgesehen.**

Fußorthesen	Z.B.: Fußstütze, Fersenstütze, Orthese zur Stabilisierung des Knöchels usw.
Orthopädische Schuhe nach Maß	
Orthopädische Beingeräte	Vorrichtungen zum Vorbeugen und Korrigieren von Missbildungen des Beins und der Hüfte: es handelt sich um keine Gehhilfe
Orthopädische Armgeräte	Vorrichtungen zum Vorbeugen und Korrigieren von Missbildungen des Arms
Wirbelsäulenthesen	Z.B.: Dreipunktkorsett, Beugekorsett, Skoliosekorsett, Dreischalenkorsett usw.
Hilfsmittel zur Rehabilitation von Bewegung, Kraft und Gleichgewicht	Z.B.: elastische Kniebinde, elastische Kniebinde mit Kniegelenk-Aussparung, Elastomer-Ziehvorrichtungen, mit Zugriemen, orthopädische, elastische, Zweischalen-, pneumatische Fesselbandagen, Unterarmgehstützen, Dreipunktgehstützen usw.
Rollstühle	
Zubehör für Rollstühle	
Hilfsmittel zum Anheben	Fahrbare Hebebühnen, Deckenlifts usw.

Die Kosten werden in Höhe von 80% erstattet, wobei eine Selbstbeteiligung von 20% zu Lasten des Versicherten geht.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Antragsformular für die Kostenerstattung, das direkt von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
2. Kopie der ärztlichen Verschreibung, die die Notwendigkeit bescheinigt, dass orthopädische Apparate und Hilfsmittel unter Angabe der zugrundeliegenden Krankheit benutzt werden müssen;
3. Kopie der Rechnung oder der Quittung mit der Angabe der gekauften oder gemieteten Produkts. Wenn aus der Quittung die Art des Produkts nicht hervorgeht, muss auch eine gestempelte und unterschriebene Erklärung des Verkäufers mit der Angabe des gekauften oder gemieteten Produkts geschickt werden.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

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 diesen Versicherungsschutz werden pro Versichertem jährlich € 3.000,00 gewährt.

Der Fonds kann nach seinem ausschließlichen Ermessen jederzeit das Einschicken der Unterlagen im Original zur Überprüfung verlangen.



Invalidität

LEISTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG VON PERSONEN MIT DAUERHAFTER INVALIDITÄT Versuchsprojekt 2014 (verlängert auch für 2020)

Ab dem 1. Januar 2014 hat Fondo Est versuchsweise Garantieleistungen in seinen Gesundheitsplan eingeführt, um Menschen mit dauerhafter Invalidität zu unterstützen.

Empfänger der Leistungen

Empfänger dieser Garantieleistung sind die bei Fondo Est versicherten Arbeitnehmer, die die subjektiven Voraussetzungen (siehe Abschnitt „Voraussetzungen der Empfänger“) aufgrund eines Ereignisses (Krankheit oder Unfall) erfüllen, das während des Krankenversicherungsschutzes und ab dem 1. Januar 2014 eingetreten ist.

Voraussetzungen der Empfänger

Die Empfänger der Leistungen sind die Versicherten, die während des Versicherungsschutzes folgendes aufweisen:

1. Invalidität aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, die vom INAIL zertifiziert wurde und einem Invaliditätsgrad von 80% und mehr entspricht;
2. Invalidität aufgrund einer vom INPS zertifizierten Krankheit, die einem Invaliditätsgrad von 80% und mehr entspricht.

Um Zugang zu den Plafonds zu erhalten, muss der Krankenversicherungsschutz am Tag des Auftretens der Krankheit, am Tag der Einreichung des Antrags auf Invalidität und der Bescheinigung derselben aktiv sein.

Gegenstand der Garantieleistung

Bei Bestehen der subjektiven Voraussetzungen gemäß der Punkte 1 und 2 stellt der Fonds den Versicherten als einmalige Leistung eine

Ausgabenobergrenze in folgender Höhe zur Verfügung:

- € 6.000 für einen Invaliditätsgrad von 80-90%
- € 8.000 für einen Invaliditätsgrad von 91-100%

Zur Erstattung der Kosten für die folgenden Leistungen:

1. Gesundheitsleistungen diagnostischer/therapeutischer und krankenpflegerischer Art zu Hause oder in ambulanter Form, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt
2. Leistungen der Physiotherapie, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt
3. Sanitäre Apparate und Hilfsmittel (gekauft und/oder gemietet)
4. Apparate zur Unterstützung bei Bewegungseinschränkungen (z.B. Treppenlift, Fahrzeuge zur Unterstützung der Bewegungen usw.);
5. Psychologische Beratung durch einen zugelassenen Psychologen; psychotherapeutische Sitzungen; psychiatrische Untersuchung; neurologische Untersuchung;
6. Hilfspersonal für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe)

Die zur Erstattung zugelassenen Leistungen müssen innerhalb von höchstens zwei Jahren nach der Bescheinigung der Invalidität erbracht werden. Es wird auf jeden Fall die Erstattung für die Leistungen gewährleistet, die im Zeitraum zwischen dem Datum des Antrags auf Anerkennung der Invalidität und dem Datum der Bescheinigung erbracht wurden.

Bei Verschlechterung und Anerkennung eines höheren Invaliditätsgrads, der Anspruch auf eine höhere Ausgabenobergrenze gibt, wird lediglich das Recht auf den Differenzbetrag (€ 2.000) zuerkannt und nicht die Verfügbarkeit der gesamten Ausgabenobergrenze der neuen Bezugsgruppe. Die Personen, die die Voraussetzungen gemäß Punkt 1 und 2 des Abschnitts

„Voraussetzungen der Empfänger“ dieses Gesundheitsplans erfüllen, können die Leistungen auch nach dem Austritt aus dem Krankenversicherungsschutz des Fonds in Anspruch nehmen, sofern diese Leistungen innerhalb von 2 Jahren ab dem Datum der Invaliditätsbescheinigung erbracht werden.

Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

Für die Erstattung ist das Einschicken der folgenden Unterlagen erforderlich:

- Antragsformular für die Kostenerstattung, das von der Internetseite www.fondoest.it heruntergeladen werden kann;
- Kopie des Antrags auf Invalidität, aus der sich das Datum der Vorlage ergibt;
- Kopie der INAIL/INPS-Bescheinigung der Invalidität und des Invaliditätsgrades;
- Bei Invalidität aufgrund einer Krankheit oder einer Berufskrankheit ist eine Kopie der ärztlichen Unterlagen erforderlich, aus denen das Datum hervorgeht, an dem die Krankheit aufgetreten ist;
- Kopie der ärztlichen Verschreibung (vgl. nachstehende Tabelle)
- Kopie der Ausgabenbelege

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

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.

ART DER LEISTUNG

Diagnostische/therapeutische und krankenpflegerische Gesundheitsleistungen zu Hause und/oder ambulant, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

Ärztliche Verschreibung
Ausgabenbeleg

Physiotherapeutische Leistungen, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt

Ärztliche Verschreibung
Ausgabenbeleg

Sanitäre Apparate und Hilfsmittel (gekauft und/oder gemietet)

Ärztliche Verschreibung
Ausgabenbeleg

Apparate zur Unterstützung bei Bewegungseinschränkungen (z.B. Treppenlift, Fahrzeuge zur Unterstützung der Bewegungen usw.)

Ärztliche Verschreibung
Ausgabenbeleg

Psychologische Beratung durch einen zugelassenen Psychologen
Psychotherapeutische Sitzungen
Psychiatrische Untersuchung
Neurologische Untersuchung

Ärztliche Verschreibung
Ausgabenbeleg

Hilfspersonal für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe).

Ausgabenbeleg

*Hinsichtlich des Hilfspersonals für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe) sind folgende Ausgabenbelege erforderlich:

1. Vom Arbeitgeber ausgestellte Lohn-/Gehaltsabrechnung, aus der Folgendes hervorgeht:
 - a. Vor- und Zuname des Arbeitnehmers (Pfleger/Haushaltshilfe)
 - b. Anzahl der Arbeitsstunden
 - c. Stundenlohn
 - d. Empfangene Gesamtentlohnung
 - e. Betrag der eingezahlten Beiträge
 - f. Unterschrift des Arbeitnehmers (Pfleger/Haushaltshilfe) zur Empfangsbestätigung
2. Einzahlungsbestätigung der INPS-Beiträge

Die Einsatzzentrale steht den Versicherten jederzeit zur Verfügung, um etwaige Zweifel zu klären:

- Einheitliche Nummer 06 51 03 11 der Einsatzzentrale von montags bis freitags von 8.30 bis 19.30 Uhr;
- info@fondoest.it für E-Mail-Kontakte.

Die Unterlagen müssen elektronisch über den Zugang zum MyFondoEst-Bereich „Kostenerstattungsformular online ausfüllen und absenden“ auf der Website www.fondoest.it (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder alternativ per Post an die folgende Adresse geschickt werden: Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma. Die Kostenerstattungsanträge müssen innerhalb eines Zeitraums von 1 Jahr ab dem Datum des Ausgabenbelegs in Bezug auf die durchgeführte Leistung geschickt werden.

Unterlagen, die die Verwendung von Zahlungs- und Überweisungsmitteln für die in den nationalen Rechtsvorschriften für die Gelegenheitsarbeit vorgesehenen Beiträge belegen, werden akzeptiert, sofern ihnen der in Punkt 1 vorgesehene Lohnnachweis beigefügt ist.

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.



KRANKENHAUSINTERNE FREIBERUFLICHE TÄTIGKEIT

Die in kostenpflichtigen Abteilungen in den öffentlichen Krankenhäusern erbrachten Leistungen bleiben zu Lasten der Versicherten, sofern diese Möglichkeit nicht ausdrücklich im Gesundheitsplan angegeben ist.



Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Rom
www.fondoest.it | info@fondoest.it