



## LEITFADEN 2026

### FÜR DIE GESUNDHEITSLAISTUNGEN

Für die Angestellten von Betrieben mit operativem Sitz in der Provinz Bozen.



Dieser Leitfaden zu den Gesundheitsleistungen für die Angestellten von Betrieben mit operativem Sitz in der Provinz Bozen besteht aus zwei Teilen:

- Leitfaden 2026 zu den direkt von Fondo Est abgewickelten Gesundheitsleistungen, S. 4;
- Gesundheitsplan 2026 für die Provinz Südtirol für die von EMVA erbrachten Leistungen, S. 68.

Ab 1. Januar 2026 ist für die Angestellten von Betrieben mit operativem Sitz in der Provinz Bozen ein neues partnerschaftliches Abkommen zwischen Fondo Est und EMVA in Kraft getreten. Emva ist flächendeckend im Gebiet der Autonomen Provinz Bozen vertreten und bearbeitet die Leistungsanfragen in den Bereichen Zahnmedizin, Vorsorge und Chirurgie.

Für alle anderen direkt von Fondo Est erbrachten und von den Versicherungskonventionen ausgeschlossenen Leistungen ist weiterhin ausschließlich Fondo Est Gesundheitsfonds zuständig.

**Die unter das neue Abkommen fallenden betreuten Personen sind die Angestellten folgender Sektoren:**

- Tertiärsektor, Verteilung und Dienstleistung;
- Reise- und Tourismusunternehmen;
- Obst- und Gemüseerzeuger und Zitruserzeuger;
- Beschäftigte im Sportbereich;
- Fahrschulen;
- Bestattungsunternehmen;
- Sozio-sanitäre Betreuung.

**Die Angestellten der anderen Sektoren können weiterhin auf das Leistungspaket zurückgreifen, welches die Gesellschaft Unisalute für Fondo Est betreut.**

Für stets schnelle und hilfreiche Antworten prüfen Sie bitte vorab, ob die gewünschte Leistung von Fondo Est oder von EMVA erbracht wird und kontaktieren Sie wie folgt die hierfür zuständige Körperschaft 06 51 03 18 88 oder senden Sie eine E-Mail an die Adresse [info@fondoest.it](mailto:info@fondoest.it)

Informationen zu den von EMVA erbrachten Leistungen erhalten Sie auf der Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

Telefonisch ist EMVA von Montag bis Donnerstag von 08:00 bis 16:00 Uhr sowie freitags von 08:00 bis 12:30 Uhr unter der Nummer +39 0471 059 056 erreichbar.

Oder senden Sie eine E-Mail an Emva an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).

**VON FONDO EST ERBRACHTE LEISTUNGEN**



FACHÄRZTLICHE  
UNTERSUCHUNGEN



DIAGNOSTIK



DIAGNOSTISCHE  
UNTERSUCHUNGEN  
NOTAUFNAHME



CHEMOTHERAPIE  
STRAHLENTHERAPIE  
DIALYSE



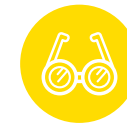
AKUPUNKTUR



ORTHOPÄDISCHE  
APPARATE  
UND HILFSMITTEL



MUTTERSCHAFTS-  
PAKET



BRILLENGLÄSER,  
KONTAKTLINSEN  
UND BRILLEN



PHYSIOTHERAPIE



REHABILITATIONS-  
UND NACHSORGE-  
PAKETE



BLEIBENDE  
INVALIDITÄT

**VON EMVA ERBRACHTE LEISTUNGEN**



CHIRURGISCHE  
EINGRIFFE



MEDIZINISCHER  
KRANKENHAUS-  
AUFENTHALT WEGEN  
SCHWERER ERKRANKUNG



VORSORGEPAKETE



ZAHNMEDIZIN  
KIEFERORTHOPÄDIE  
DIAGNOSTISCHE  
UNTERSUCHUNGEN

Zur Erläuterung der Fachbegriffe wird auf das „Glossar“ am Ende des Leitfadens verwiesen.

Aktuelle Informationen zu den erbrachten Gesundheitsleistungen finden Sie im Internet auf [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it)



## LEITFADEN 2026

FÜR DIE GESUNDHEITSLAISTUNGEN,  
DIE VON FONDO EST ERBRACHT WERDEN



# IN DIESEM LEITFADEN FINDEN SIE DIE DIREKT VOM GESUNDHEITSFONDS VERWALTETEN LEISTUNGEN

Beitreten können Unternehmen, die für ihre Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigten (mit Ausnahme von Führungskräften) einen der folgenden Tarifverträge (CCNL) anwenden:

- Tertiärsektor, Verteilung und Dienstleistung;
- Reise- und Tourismusunternehmen;
- Obst- und Gemüseerzeuger und Zitruserzeuger;
- Beschäftigte im Sportbereich;
- Fahrschulen;
- Bestattungsunternehmen;
- Sozio-sanitäre Betreuung.

Informationen zu Gesundheitsleistungen und Rückerstattungsanträgen finden Sie auf der [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it)

Alternativ können Sie sich montags bis freitags von 8.30 bis 18.30 Uhr unter der Nummer **06 51 03 18 88** melden oder eine E-Mail an [info@fondoest.it](mailto:info@fondoest.it)

Für Beschwerden schreiben Sie bitte an [info@fondoest.it](mailto:info@fondoest.it).

Für Leistungen vor dem 1. Januar 2026 wird auf den Gesundheitsplan Mutual Help 2025 verwiesen.

Für alle Aktualisierungen zu den angebotenen Gesundheitsleistungen wird auf die Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) verwiesen.

## 8 MUTTERSCHAFTSPAKET

- 9 Kontrolluntersuchungen
- 9 EUltraschalluntersuchungen
- 9 Klinisch-chemische Analysen und genetische Untersuchungen
- 10 Geburtsbeihilfe
- 10 Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

## 12 FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

- 14 Wie Leistungen anzufordern sind
- 14 Leistungen, die bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommen werden

## 16 DIAGNOSTIK

- 18 Wie Leistungen anzufordern sind
- 18 Leistungen, die bei den über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundenen Einrichtungen in Anspruch genommen werden
- 19 Die im Bereich „Diagnostik“ inbegriffenen Leistungen

## 24 GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND NOTAUFNAHME

- 25 Wie Leistungen anzufordern sind

## 28 CHEMOTHERAPIE, STRAHLENTHERAPIE UND DIALYSE

- 29 Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

## 30 BRILLENGLÄSER, 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 bei Knochen- und Gelenkerkrankungen
- 47 Paket 2: Postpartale Rehabilitation
- 49 Paket 3: Postmenopause

## 52 AKUPUNKTUR

- 53 Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

## 54 ORTHOPÄDISCHE APPARATE UND HILFSMITTEL

- 56 Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

## 58 INVALIDITÄT

- 59 Empfänger der Leistungen
- 59 Voraussetzungen der Empfänger
- 59 Gegenstand des Betreuungsschutzes
- 60 Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

## 64 LEISTUNGEN, DIE NICHT IM GESUNDHEITSPLAN INBEGRIFFEN SIND



## MUTTERSCHAFTS- PAKET



**Die Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft werden direkt von Fondo Est in Form der Kostenerstattung abgewickelt und gelten ausschließlich für die betreute Person.**

**Vorgesehen ist die vollständige Erstattung der geburtshilflich- gynäkologischen Untersuchungen/Kontrollen, die in öffentlichen, wie privaten Einrichtungen, durchgeführt werden.**



### **IM BETREUUNGSSCHUTZ SIND INBEGRIFFEN:**

- Geburtshilflich-gynäkologische Kontrolluntersuchungen;
- Fachärztliche Untersuchungen;
- Geburtshilfliche Kontrollen;
- Anästhesiologische Untersuchung bei der Programmierung eines Kaiserschnitts und einer schmerzfreien Entbindung;
- Geburtshilfliche 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 geburtshilflich-gynäkologischen Kontrolluntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft durch

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
- geburtshilflichen Kontrollen durch Gesundheitspersonal, das für die Ausübung des Hebammenberufs zugelassen und im entsprechenden Berufsregister eingetragen ist;
- anästhesiologischen Untersuchungen bei Planung eines Kaiserschnitts und einer schmerzfreien Entbindung und aller;
- fachärztlichen Untersuchungen zur Überwachung/Kontrolle der Gesundheit der Schwangeren und des Fötus, unabhängig von der Art der Untersuchung.

### **ULTRASCHALLUNTERSUCHUNGEN**

Vorgesehen ist die Erstattung der Kosten aller geburtshilflichen Ultraschalluntersuchungen.

## DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN

Es ist eine vollständige Erstattung der diagnostischen Untersuchungen vorgesehen, die der Überwachung bzw. Kontrolle der Gesundheit der Schwangeren und des Fötus dienen, unabhängig von der Art der durchgeführten diagnostischen Untersuchung.

## KLINISCHCHEMISCHE ANALYSEN UND GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Vorgesehen ist die Erstattung der Ausgaben für Laboranalysen (chemische Blutuntersuchungen, mikrobiologische Analysen), genetische Untersuchungen (Fruchtwasseruntersuchungen, Chorionzottenbiopsien, Nackentransparenzmessungen, fetale DNA-Tests, usw.) und jede andere diagnostische Untersuchung zur Überwachung der Schwangerschaft und der Entwicklung des Fötus, die vom Nationalen Gesundheitsdienst anerkannt wird.



**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.**



**Wir weisen darauf hin, dass zahnärztliche Leistungen im von EMVA verwalteten Gesundheitsplan enthalten sind.**

## 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 oder freiwilligen Schwangerschaftsabbruchs ausgezahlt. Die Erstattung wird nach Aufenthaltsnächten abgerechnet.

## Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Kopie der Ausgabenbelege (Rechnung/Ticket), aus denen die erbrachte Leistung hervorgeht.
2. Bescheinigung über das Vorliegen der Schwangerschaft unter Angabe des Datums der letzten Menstruation und des voraussichtlichen Entbindungsdatums.

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

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst - Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden - der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen (1 Jahr ab dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Geburtsbeihilfe).*



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

Falls die betreute Person Einrichtungen des SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) in Anspruch nimmt, trägt er selbst die Kosten für Leistung und kann anschließend eine Rückerstattung auf eine der beiden nachstehend angegebenen Arten beantragen:

- die Dokumente auf der Seite „Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden“ im reservierten Bereich MyFondoEst der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) hochladen;
- die Dokumente per Post an Fondo Est – Ufficio Liquidazioni Via Cristoforo Colombo 137 – 00147 Roma senden.



**Der Gesundheitsfonds erstattet vollständig zur Rückerstattung zugelassene Gesundheitstickets.**



Bei Inanspruchnahme von Einrichtungen, die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, muss die betreute Person zur Genehmigung der Leistung auf eine der zwei nachfolgenden Arten vorgehen:

- die Nummer 06 51 03 18 88 kontaktieren, die von montags bis freitags erreichbar ist oder;
- sich auf der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) im reservierten Bereich MyFondoEst unter „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ einloggen. Es ist zu beachten, dass die betreute Person für die Voranmeldung im Besitz einer ärztlichen Verschreibung sein muss, aus der die vermutete oder festgestellte Erkrankung hervorgeht.



**Der Gesundheitsfonds zahlt die Kosten der Leistung direkt an die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundene Einrichtung, mit Ausnahme einer nicht vom Gesundheitsfonds erstattbaren Selbstbeteiligung von € 20,00, die von der betreuten Person zu tragen ist.**



**Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt € 700,00.**

Die Untersuchungen sind bei einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die in der ärztlichen Verschreibung angegeben ist.

**WIE LEISTUNGEN ANZUFORDERN SIND**

**Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets.**

Die betreute Person muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit.
2. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*

**LEISTUNGEN, DIE BEI DEN ÜBER SISALUTE MIT FONDO EST VERTRAGSGEBUNDENEN EINRICHTUNGEN IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN**


Die betreute Person muss wie folgt vorgehen:

- kontaktieren der Einsatzzentrale unter der Nummer 06 51 03 18 88 von montags bis freitags;


oder

- sich auf der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) im reservierten Bereich MyFondoEst unter „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ einloggen.

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



**Die betreute Person muss bei der Einrichtung die Verschreibung seines behandelnden Arztes vorlegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist**



Bitte beachten Sie, dass die zahnärztliche Untersuchung mit Zahnsteinentfernung im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorge gemäß des von EMVA verwalteten Gesundheitsplan für Fondo Est erstattungsfähig ist.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die **EMVA 0471 059 056** oder besuchen Sie die Website **[www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)**.



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

## DIAGNOSTIK



Die diagnostischen –Leistungen werden direkt von Fondo Est abgewickelt. Die betreute Person kann sowohl Einrichtungen des SSN (Nationaler Gesundheitsdienst) als auch private Einrichtungen in Anspruch nehmen, die mit Fondo Est über SiSalute vertragsgebunden sind.

Falls die betreute Person 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:

- die Dokumente auf der Seite „Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden“ im reservierten Bereich MyFondoEst der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) hochladen;
- die Dokumente per Post an Fondo Est – Ufficio Liquidazioni Via Cristoforo Colombo 137 – 00147 Roma schicken.



**Der Gesundheitsfonds erstattet vollständig zur Rückerstattung zugelassene Gesundheitstickets.**



Bei Inanspruchnahme von Einrichtungen, die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebunden sind, muss die betreute Person zur Genehmigung der Leistung auf eine der zwei nachfolgenden Arten vorgehen:

- die Nummer 06 51 03 18 88 kontaktieren, die von montags bis freitags erreichbar ist;
- A sich auf der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) im reservierten Bereich MyFondoEst unter „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ einloggen. Es ist zu beachten, dass die betreute Person für die Voranmeldung im Besitz einer ärztlichen Verschreibung sein muss, aus der die vermutete oder festgestellte Krankheit hervorgeht.



**Fondo Est zahlt die Kosten der Leistung direkt an die über SiSalute mit Fondo Est vertragsgebundene Einrichtung, mit Ausnahme einer nicht von Fondo Est erstattbaren Selbstbeteiligung von € 35,00, die vom Betreuten zu tragen ist. Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt € 6.000,00.**

**Die Leistungen sind bei einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die in der ärztlichen Verschreibung angegeben ist.**



#### **WIE LEISTUNGEN ANZUFORDERN SIND**

##### **Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets.**

Die betreute Person muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit.
2. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*

#### **LEISTUNGEN, DIE BEI DEN ÜBER SISALUTE MIT FONDO EST VERTRAGS GEBUNDENEN EINRICHTUNGEN IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN**

Die betreute Person muss wie folgt vorgehen:

- kontaktieren der Einsatzzentrale unter der Nummer 06 51 03 18 88 von montags bis freitags;

oder

- sich auf der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) im reservierten Bereich MyFondoEst unter „Vor Anmeldung einer Leistung bei einer vertragsgebundenen Einrichtung“ einloggen.

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



**Die betreute Person muss bei der Einrichtung die Verschreibung seines behandelnden Arztes vorlegen, auf der die vermutete oder festgestellte Krankheit angegeben ist.**

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



#### **DIE IM BEREICH DIAGNOSTIK INBEGRIFFENEN LEISTUNGEN:**

##### **Konventionelle Röntgendiagnostik (ohne Kontrastmittel)**

- Röntgenuntersuchungen des Knochen- und Gelenkapparates;
- Einseitige und beidseitige Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verschreibung ohne Angabe der Erkrankung erforderlich ist);
- 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;
- Koronarangiographie (einschließlich etwaiger tagesklinischer Aufenthalt);
- Dakryozystographie;
- Defäkographie;
- Urodynamische Untersuchung;

- Fistulographie;
- Phlebographie;
- Fluorangiographie;
- Galaktographie;
- Hysterosalpingographie und/oder Sonohysterosalpingographie und/oder Sonohysterographie;
- Lymphographie;
- Einseitige und beidseitige Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verschreibung ohne Angabe der Erkrankung erforderlich ist);
- 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;
- Prostatasonographie, auch transrektal;
- Oberbauchsonographie;
- Unterbauchsonographie;
- Muskel-Sehnen-Sonographie;
- Osteoartikuläre Sonographie;
- Sonographie der Weichteile;
- Schilddrüsenultraschall;
- Transrektale Sonographie;
- Augensonographie;
- Herzsonographie.

#### **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;
- OCT (OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE).

#### **Magnetresonanztomographie (MRT)**

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

#### **PET**


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

#### **Szintigraphie**

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

#### **Instrumentendiagnostik**

- Kampimetrie;
- Dynamisches EKG mit externem Event-Recorder;
- Elektrokardiogramm (EKG);
- Dynamisches Elektrokardiogramm (EKG) mit analogen Vorrichtungen (Holter);
- Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG);
- Elektroenzephalogramm;
- Elektroenzephalogramm (EEG) mit Schlafentzug;
- Dynamisches Elektroenzephalogramm (EEG) 24 Stunden;
- Elektromyographie (EMG);
- Elektroretinogramm;
- Ständige Blutdrucküberwachung (24 Stunden);

- 
- Pap-Test mit mikrobiologischen Untersuchungen;
  - pH-Metrie von Speiseröhre und Magen;
  - Evozierte Potentiale;
  - Spirometrie;
  - Tomographie zur Ermittlung der Hornhaut-Topographie.

#### **Biopsien**

- Alle.

#### **Endoscopie diagnostische ed operative**

- Zystoskopie;
- Ösophagogastroduodenoskopie;
- Hysteroskopie (einschließlich etwaiger tagesklinischer Aufenthalt bei operativer Hysteroskopie);
- Pankoloskopie;
- Rektoskopie;
- Rektosigmoidoskopie;
- Tracheobronchoskopie.



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

**Biopsien, die in direktem Zusammenhang mit der Durchführung der vom Plan vorgesehenen Endoskopien stehen, fallen ebenfalls unter den Betreuungsschutz.**



#### **Sonstige**

- Biopsie des Wächterlymphknotens;
- Arterielle Blutgasanalyse;
- Endoskopische bronchoalveoläre Lavage;
- Suche nach dem Wächterlymphknoten und Druckpunkt (einschließlich etwaiger tagesklinischer Aufenthalt).

Bitte beachten Sie: Zahnärztliche Diagnoseleistungen sind im Gesundheitsplan durch EMVA, im Abschnitt „ZAHNÄRZTLICHE DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN“ enthalten.

# GESUNDHEITSTICKETS FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND NOTAUFNAHME



Die Erstattung von Tickets des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) für diagnostische Untersuchungen und die Erstattung von Notaufnahmetickets des SSN werden direkt von Fondo Est abgewickelt. Die Abdeckung umfasst alle diagnostischen Untersuchungen, die nicht im Bereich „Diagnostik“ angegeben sind. Hierzu gehören jedoch nicht die zahnärztlichen diagnostischen Untersuchungen. Die Leistungen sind bei einer (vermuteten oder festgestellten) Krankheit vorgesehen, die in der ärztlichen Verschreibung angegeben ist.

Beispiele für Leistungen, die vom Betreuungsschutz abgedeckt sind:

- Chemische Blutuntersuchungen (Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen);
- Mikrobiologische Abstriche.

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

- die Dokumente auf der Seite „Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden“ im reservierten Bereich MyFondoEst der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) hochladen;
- die Dokumente per Post an Fondo Est – Ufficio Liquidazioni Via Cristoforo Colombo 137 – 00147 Roma schicken.



**Der Gesundheitsfonds erstattet vollständig zur Rückerstattung zugelassene Gesundheitstickets.**

**Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt € 500,00.**




## WIE LEISTUNGEN ANZUFORDERN SIND

### Antrag auf Kostenerstattung des Gesundheitstickets.

Die betreute Person muss Folgendes an Fondo Est übermitteln:

1. Kopie der ärztlichen Verschreibung mit Angabe der vermuteten oder festgestellten Krankheit.
2. Kopie des Gesundheitstickets mit der Angabe der erbrachten Leistung.



Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:

Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.



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

# CHEMOTHERAPIE, STRAHLENTHERAPIE UND DIALYSE



Der Gesundheitsfonds erstattet vollständig bis zum Erreichen der jährlichen Obergrenze die Kosten für:

- Chemotherapie;
- A Strahlentherapie;
- A 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 Obergrenze des Bereichs erstattungsfähig sind.

## Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Kopie der ärztlichen Bescheinigung, aus der die Erkrankung hervorgeht, für die die Therapie durchgeführt wird.
2. Kopie der ärztlichen Verschreibung der Therapie mit der Angabe der Anzahl der Sitzungen.
3. Kopie des Ausgabenbelegs, aus dem die einzelnen Posten detailliert hervorgehen.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst - Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden - der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*



**Für diesen Betreuungsschutz werden pro Betreuer Person jährlich € 6.000,00 gewährt.**

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

# BRILLENGLÄSER, KONTAKTLINSEN UND BRILLEN



Fondo Est zahlt die Kosten für den Kauf von Brillengläsern, Brillen oder Kontaktlinsen für Sehfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit) ohne Einschränkung hinsichtlich der vom Augenarzt festgestellten Krankheit. Der Kauf ist in einem beliebigen Geschäft möglich. Die Erstattung wird alle 36 Monate anhand einer einzigen Rechnung für Brillengläser, Kontaktlinsen 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?**

Es versteht sich, dass der Beitrag nur einmalig bis zu einem Höchstbetrag von €90,00 für einen von der betreuten Person ausgegebenen und durch eine Rechnung belegten Betrag für den Kauf von Brillengläsern, Kontaktlinsen und Brille 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**

Die Erstattung kann vor Ablauf von 36 Monaten ab Datum der letzten vom Gesundheitsfonds erstatteten Rechnung gewährt werden, wenn der Augenarzt (oder der Optiker im Falle einer Veränderung des Sehvermögens aufgrund einer isoliert auftretenden Beeinträchtigung des Nahsehens) eine Veränderung von mindestens 1,5 sphärischen oder zylindrischen Dioptrien auf einem einzigen Auge bei jeder Art von Pathologie bescheinigt.



**In diesem Fall gewährt der Gesundheitsfonds eine Rückerstattung, vorausgesetzt, dass seit dem Datum der letzten erstatteten Rechnung mindestens 12 Monate verstrichen sind.**

**Bei einer Veränderung von 1,5 sphärischen oder zylindrischen Dioptrien an einem Auge wird die Erstattung, auch wenn noch keine 36 Monate verstrichen sind, 12 Monate nach dem Datum der letzten erstatteten Rechnung gewährt.**

## EINIGE BEISPIELE

### Beispiel 1

Bei einer Veränderung von 1,5 sphärischen oder zylindrischen Dioptrien an einem Auge aufgrund derselben Erkrankung, die im ersten beim Gesundheitsfonds eingereichten Kostenerstattungsantrag angegeben wurde, wird die Erstattung auch dann gewährt, wenn seit der vorherigen Rechnung noch keine 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 erstattet worden.

In diesem Fall beginnt die 36-Monats-Frist ab dem Datum der letzten vom Fond 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 Brillengläser oder Brillen beantragt;
- Herr Mario Rossi kann die Kostenerstattung beim Gesundheitsfonds beantragen, da die festgestellte Abweichung größer oder gleich 1,50 Dioptrien ist und seit der letzten abgewickelten Rechnung für Brillengläser und Brille 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 Brillengläser oder Brillen beantragt;
- Herr Mario Rossi kann keine Kostenerstattung der Rechnung erhalten, da die Veränderung der Dioptrien weniger als 1,50 Dioptrien beträgt.;

### Beispiel 3

- 10/01/2017 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 Brillengläser oder Brillen beantragt;
- Herr Mario Rossi kann die Kostenerstattung der Rechnung erhalten, obwohl die Veränderung der Dioptrien weniger als 1,50 Dioptrien beträgt, da seit der letzten abgewickelten Rechnung 36 Monate vergangen sind;

## Nicht zugelassen ist die Kostenerstattung für Brillen, Kontaktlinsen und/oder Brillengläser zu ästhetischen Zwecken

### Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Kopie der Verschreibung des Augenarztes, aus der die fehlenden sphärischen und/oder zylindrischen Dioptrien hervorgehen. Die Verschreibung des Optikers wird nur für eine isolierte Nahsichtschwäche akzeptiert. Bei der Verschreibung von Multifokallinsen bleibt die Verschreibung durch den Augenarzt obligatorisch. Die Verschreibungen, die bis zu 24 Monate vor dem Rechnungsdatum ausgestellt werden, werden als gültig betrachtet. Nach dem Kaufdatum ausgestellte Verschreibungen und orthoptische Verschreibungen werden nicht akzeptiert;
2. Kopie der Rechnung, aus der der Kauf des Hilfsmittels hervorgeht.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:  
Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma. Die Kostenerstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für den Kauf des Hilfsmittels einzureichen.*



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



# PHYSIOTHERAPIE



## PHYSIOTHERAPIE BEI UNFALL UND BESONDEREN ERKRANKUNGEN

Der Gesundheitsfonds zahlt die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen ausschließlich für Rehabilitationszwecke in den nachfolgend aufgeführten Fällen. Voraussetzung sind die Verschreibung des Hausarztes oder eines Facharztes, dessen Spezialausbildung der angezeigten Erkrankung entspricht, und die Durchführung durch medizinisches oder paramedizinisches Personal, das für die Rehabilitationstherapie zugelassen ist und dessen Titel durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein muss.

1. Unfall, der innerhalb von 48 Stunden nach dem traumatischen Ereignis von einer Notaufnahme eines Krankenhauses oder einer organisierten medizinischen Einrichtung, die die erste Hilfe geleistet hat (z. B. Klinik, Pflegeheim, Privatklinik), bescheinigt wurde. 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. Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Folgen der Erkrankung abzielen.
  - 2.3 Formen degenerativer Gehirn- oder Knochenmarkserkrankungen. Die Physiotherapie muss auf die Lösung der direkten Folgen der Erkrankung abzielen.
  - 2.4 Amyotrophe Lateralsklerose.
  - 2.5 Multiple Sklerose.
  - 2.6 Muskeldystrophie (Duchenne und Becker).
  - 2.7 Amputation von Gliedmaßen oder Gliedmaßenanteilen.
  - 2.8 Protrusionen und Bandscheibenvorfälle, die durch Magnetresonanztomographie (MRT) oder Computer-Axialtomographie (CT) diagnostiziert wurden, und Lumbago durch Überlastung, die durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt ist. Bei besonders alten Befunden behält sich der Gesundheitsfonds 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, der durch die ärztlichen Unterlagen nachgewiesen wird, die das Datum des Eingriffs bescheinigen.

### Vom Betreuungsschutz 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 Gesundheitsfonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird.

Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig. Kosten für die Miete oder den Kauf von elektromedizinischen Geräten werden nicht erstattet, und zwar auch dann nicht, wenn diese für vom Gesundheitsplan vorgesehene physiotherapeutische Leistungen bestimmt sind.



**Für die Physiotherapieleistung infolge eines Unfalls  
oder einer besonderen Erkrankung beträgt die jährliche Obergrenze für die  
Gesamtheit der Leistungen € 500,00.**



#### KOSTENERSTATTUNGSBEISPIELE:

**Beispiel 1:** Rechnung für 1 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 die betreute Person auf den Nationalen Gesundheitsdienst zurück, erstattet der Gesundheitsfonds vollständig die Gesundheitstickets bis zur jährlichen Obergrenze von € 500,00. Folgende Physiotherapie-Bereiche, die zur funktionellen Rehabilitation und zur Rehabilitation nach Traumen oder Erkrankungen angewandt

werden, sind zur Erstattung zugelassen:

#### LEISTUNGEN DER ELEKTROTHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG

Elektrotherapie/Elektrostimulation	€	10,00
Iontophorese	€	10,00
Transkutane Schmerztherapie	€	8,00

#### LEISTUNGEN DER HYDROTHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG

Bewegungstherapie im Wasser	€	13,00
-----------------------------	---	-------

#### LEISTUNGEN BEI MASSAGETHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG

Manuelle Lymphdrainage	€	15,00
Segmentale Massagetherapie für beliebige Segmente	€	19,00

#### LEISTUNGEN DER FUNKTIONELLEN REHABILITATION 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

KOSTEN PRO SITZUNG

Ultraschall	€	10,00
-------------	---	-------

#### LEISTUNGEN DER TECARTHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG

Tecarthérapie/Diathermie	€	26,00
--------------------------	---	-------

#### LEISTUNGEN DER THERMOTHERAPIE

KOSTEN PRO SITZUNG

Hyperthermie	€	31,00
--------------	---	-------

## LEISTUNGEN DER ÄRZTLICHEN WIRBELSÄULENTHERAPIE

– durchgeführt von einem Arzt	KOSTEN PRO SITZUNG
Manipulation der Wirbelsäule	€ 21,00

SONSTIGE	KOSTEN PRO SITZUNG
Lasertherapie	€ 22,00
Ärztliche Ozontherapie – durchgeführt von einem Arzt (nur im Fall von Bandscheibenprotrusionen, Bandscheibenvorfällen und Lumbago durch Überlastung)	€ 45,00

### Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

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

1. Kopie der Unfallbescheinigung der Notaufnahme oder der Gesundheitseinrichtung.
2. Kopie einer genauen Verschreibung des Hausarztes oder Facharztes mit Spezialausbildung im Bereich der angezeigten Krankheit, aus der die Art der physiotherapeutischen Behandlung und Anzahl der erforderlichen Sitzungen hervorgehen.
3. Kopie des für steuerliche Zwecke gültigen Ausgabenbelegs, auf dem die Art der physiotherapeutischen Behandlung, die Anzahl der Sitzungen und die Kosten pro Sitzung aufgeführt sind und aus dem hervorgeht, dass die Behandlung durch für die Rehabilitationstherapie qualifiziertes medizinisches oder paramedizinisches Personal erfolgte. Der jeweilige Titel muss durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein, der von einem Arzt oder vom Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist (Massophysiotherapeut, Berufskrankenpfleger, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 27. Juli 2000), ausgestellt wird. 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 Gesundheitsfonds 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 sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:

Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.

Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen

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

1. Für Erkrankungen, die unter den Punkten 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 und 2.7 des Bereichs Physiotherapie dieses Leitfadens aufgeführt sind: Kopie der Bescheinigung des Hausarztes oder Facharztes mit Spezialausbildung im Bereich der angezeigten Krankheit, aus der die Art der Erkrankung hervorgeht. Protrusionen und Bandscheibenvorfälle gemäß Punkt 2.8 dieses Leitfadens: Kopie des Befunds der Magnetresonanztomographie (MRT) oder Computer-Axialtomographie (CT). Bei einer wirbelchirurgischen Lösung für einen Bandscheibenvorfall: Kopie der ärztlichen Unterlagen, die das Datum des Eingriffs bescheinigen. Für Lumbago durch Überlastung gemäß Punkt 2.8 dieses Leitfadens: Kopie der ärztlichen Verschreibung, aus der die Art der Erkrankung hervorgeht, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, dessen Spezialisierung der angezeigten Erkrankung entspricht.
2. Kopie einer genauen Verschreibung des Hausarztes oder Facharztes mit Spezialausbildung im Bereich der angezeigten Krankheit, aus der die Art der physiotherapeutischen Behandlung und Anzahl der erforderlichen Sitzungen hervorgehen. Die verschriebene Physiotherapie muss mit der Erkrankung im Einklang stehen.
3. Kopie des für steuerliche Zwecke gültigen Ausgabenbelegs, auf dem die Art der physiotherapeutischen Behandlung, die Anzahl der Sitzungen und die Kosten pro Sitzung aufgeführt sind und aus dem hervorgeht, dass die Behandlung durch für die Rehabilitationstherapie qualifiziertes medizinisches oder paramedizinisches Personal erfolgte. Der jeweilige Titel muss durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein, der von einem Arzt oder vom Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist (Berufskrankenpfleger, Massophysiotherapeut, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 27. Juli 2000 – Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000), ausgestellt wird. 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 Gesundheitsfonds 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 sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst - Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden - der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular

zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:

Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.

Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.



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

## REHABILITATIONSPAKETE UND KONTROLLE



Fondo Est stellt seinen Betreuten drei Dienstleistungspakete zur Verfügung, die auf die Rehabilitation und Kontrolle bestimmter Erkrankungen und physiologischer Zustände abzielen.

Die Pakete sind nicht kumulierbar. Für jedes Kalenderjahr kann die betreute Person nur eines der drei Pakete aktivieren und nur die für das gewählte Paket vorgesehenen Leistungen innerhalb der in diesem Plan angegebenen Grenzen in Anspruch nehmen.



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

**Die jährliche Obergrenze für jedes der drei Pakete beträgt € 500,00**



### **PAKET 1: REHABILITATION BEI KNOCHEN UND GELENKERKRANKUNGEN**

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;
- Sehnenscheidenentzündung des Handbeugers;
- Sehnenscheidenentzündung des Handstreckers;
- Tennisellenbogen (Epicondylitis humeri radialis);
- Golferellenbogen (Epicondylitis humeri medialis);
- 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;
- Gonalgie;
- Coxalgie.

Durch die Aktivierung des Pakets Rehabilitation bei Knochen- und Gelenkerkrankungen

können die folgenden Posten bis zu den maximalen Kosten pro Sitzung für jede Leistung erstattet werden:

LEISTUNGEN	MAXIMALE KOSTEN PRO SITZUNG	
Individualisierte Massagetherapie	€	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
Elastische Bandagierung	€	15,00

Nimmt die betreute Person den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch, erstattet der Gesundheitsfonds die Gesundheitstickets in voller Höhe.

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

#### **Vom Betreuungsschutz 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 Gesundheitsfonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. 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. Bei einer chirurgischen Lösung: Kopie der ärztlichen Unterlagen, die das Datum des Eingriffs bescheinigen. Kosten für die Miete oder den Kauf von elektromedizinischen Geräten werden nicht erstattet, und zwar auch dann nicht, wenn diese für vom Gesundheitsplan vorgesehene physiotherapeutische Leistungen bestimmt sind.

#### **Für die Erstattung erforderliche Unterlagen**

1. Kopie der ärztlichen Bescheinigung des Hausarztes oder Facharztes mit Spezialausbildung im Bereich der angezeigten Krankheit, aus der die Art der

Krankheit hervorgeht.

2. Kopie einer genauen Verschreibung des Hausarztes oder Facharztes mit Spezialausbildung im Bereich der angezeigten Krankheit, aus der die Art der physiotherapeutischen Behandlung und Anzahl der erforderlichen Sitzungen hervorgehen.
3. Kopie des für steuerliche Zwecke gültigen Ausgabenbelegs, auf dem die Art der physiotherapeutischen Behandlung, die Anzahl der Sitzungen und die Kosten pro Sitzung hervorgehen aufgeführt sind und aus dem hervorgeht, dass die Behandlung durch für die Rehabilitationstherapie qualifiziertes medizinisches oder paramedizinisches Personal erfolgte. Der jeweilige Titel muss durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein, der von einem Arzt oder vom Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist (Berufskranken- pfleger, Massophysiotherapeut, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 27. Juli 2000 – Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000), ausgestellt wird. 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 Gesundheitsfonds 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 sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:  
Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.  
Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*

#### **PAKET 2: POSTPARTALE REHABILITATION**

Das Paket kann erst nach der Entbindung aktiviert werden, die durch eine Bescheinigung eines Arztes oder einer Gesundheitseinrichtung über das Ende der Schwangerschaft bestätigt wird.

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:

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

Nimmt die betreute Person den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch, erstattet der Gesundheitsfonds die Gesundheitstickets in voller Höhe.

#### Vom Betreuungsschutz 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 Gesundheitsfonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird. Darüber hinaus sind Leistungen von Kinesiologen, Osteopathen und Posturologen nicht erstattungsfähig.

#### Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

1. Kopie der von einem Arzt oder einer Gesundheitseinrichtung ausgestellten Bescheinigung, aus der der Abschluss der Schwangerschaft hervorgeht.
2. Kopie der detaillierten ärztlichen Verschreibung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, aus der die Art der Physiotherapie-Behandlung und die Anzahl der notwendigen Sitzungen hervorgehen.
3. Kopie des für steuerliche Zwecke gültigen Ausgabenbelegs, auf dem die Art der physiotherapeutischen Behandlung, die Anzahl der Sitzungen und die Kosten pro Sitzung hervorgehen aufgeführt sind und aus dem hervorgeht, dass die Behandlung durch für die Rehabilitationstherapie qualifiziertes medizinisches oder paramedizinisches Personal erfolgte. Der jeweilige Titel muss durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein, der von einem Arzt oder vom Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist (Berufskrankenpfleger, Masseur-physiotherapeut, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Rehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 27. Juli 2000 - Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000), ausgestellt wird. 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 Gesundheitsfonds 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 sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst - Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden - der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:  
Fondo Est - Ufficio Liquidazioni - Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma.  
Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*

#### 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:

LEISTUNGEN	MAXIMALE KOSTEN PRO SITZUNG	
Rehabilitation des Beckenbodens	€	30,00
Krankengymnastik	€	16,00
Gynäkologische Untersuchung in der Postmenopause		(max. 1/Jahr)
MOC		(max. 1/Jahr)

Nimmt die betreute Person den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch, erstattet der Gesundheitsfonds die Gesundheitstickets in voller Höhe.

#### Vom Betreuungsschutz 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 Gesundheitsfonds keine Erstattungen für Rehabilitationsleistungen vornimmt, die



von Chiropraktikern erbracht wurden, da dieses Berufsbild von der italienischen Rechtsordnung nicht anerkannt wird.

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

#### **Für die Erstattung erforderliche Unterlagen**

- 1.** Kopie der Bescheinigung, ausgestellt vom Hausarzt oder vom Facharzt, aus der der Zustand der Menopause hervorgeht.
- 2.** 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.
- 3.** Kopie des für steuerliche Zweck gültigen Ausgabenbelegs. Was die Ausgabenbelege für physiotherapeutische Leistungen anbetrifft, so sind in der Rechnung die Art der physiotherapeutischen Behandlung, die Anzahl der Sitzungen und die Kosten pro Sitzung anzugeben. Außerdem muss hervorgehen, dass die Behandlung durch für die Rehabilitationstherapie qualifiziertes medizinisches oder paramedizinisches Personal erfolgte. Der jeweilige Titel muss durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein, der von einem Arzt vom Gesundheitspersonal, das von der geltenden Gesetzgebung anerkannt ist (Berufskrankenfleger, Massophysiotherapeut, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, ehabilitationstherapeut oder Inhaber gleichwertiger Diplome – Ministerialdekret v. 27. Juli 2000 – Gesetzblatt Nr. 190 vom 16.08.2000) ausgestellt wird. 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 Gesundheitsfonds 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 sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:  
Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.  
Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen

# ÄRZTLICHE AKUPUNKTUR



Der Gesundheitsfonds zahlt die Kosten für Akupunkturen, die ausschließlich zur Schmerztherapie infolge Krankheit oder Unfall dienen und von Ärzten vorgenommen werden. Zur Erstattung ist die detaillierte ärztliche Verschreibung einzureichen, aus der die Notwendigkeit der Schmerztherapie mit Akupunktur hervorgeht. Wird die Verschreibung durch einen Facharzt ausgestellt, so muss dessen Spezialausbildung der angezeigten Krankheit entsprechen. Die Behandlung muss von einem Arzt durchgeführt werden, dessen Titel durch den Ausgabenbeleg (Rechnung/Quittung) nachgewiesen sein muss.



**Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt € 250,00.**



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

## **Für die Erstattung erforderliche Unterlagen**

1. Kopie der Verschreibung, aus der die Notwendigkeit der Schmerztherapie hervorgeht.
2. Kopie der Rechnung, aus der hervorgeht, dass die Behandlung durch einen Arzt erfolgte, dessen Titel durch den Ausgabenbeleg nachgewiesen sein muss.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*



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

# ORTHOPÄDISCHE APPARATE UND HILFSMITTEL



Der Gesundheitsfonds erstattet die Kosten für den Kauf oder die Miete von orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln, sofern sie eigens verschrieben wurden. Kosten für die Miete oder den Kauf von elektromedizinischen Geräten werden nicht erstattet, und zwar auch dann nicht, wenn diese für vom Gesundheitsplan vorgesehene physiotherapeutische Leistungen bestimmt sind.



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



## Fußorthesen

Z.B.: Fußstütze, Fersenstütze, Orthese zur Stabilisierung des Knöchels usw.

## Kompressionsbekleidung gegen Thrombose und Lymphödem für die oberen Gliedmaßen

## 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

## Wirbelsäulenorthesen

Steife/halbsteife Produkte. 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 Ziehriemen, orthopädische, elastische, Zweischalen-, pneumatische Fesselbandagen, Unterarmgehstützen, Dreipunkt- gehstützen usw.

---

Rollstühle

---

Zubehör für Rollstühle

---

Hebehilfen Mobile Lifter, Deckenlifter

---

Orthopädische Schuhe nach Maß\*

---

\* Für serienmäßige orthopädische schuhe, also nicht speziell für die betreute person angefertigtes schuhwerk, werden keine kosten erstattet.



**Die Kosten werden in Höhe von 80 % erstattet,  
wobei eine Selbstbeteiligung von 20 % zu Lasten der betreuten Person geht.**



**Für die Erstattung erforderliche Unterlagen:**

1. Kopie der ärztlichen Verschreibung, die die Notwendigkeit bescheinigt, dass die orthopädischen Apparate und Hilfsmittel unter Angabe der ursächlichen Krankheit benutzt werden müssen.
2. Kopie der Rechnung oder der Quittung, in der das gekaufte oder gemietete Produkt angegeben wird. Wenn aus der Quittung nicht hervorgeht, um welche Art von Produkt es sich handelt, ist auch eine gestempelte und unterschriebene Erklärung des Verkäufers mit Angabe des gekauften oder gemieteten Produkts einzureichen.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für den Kauf oder die Miete des Hilfsmittels einzureichen.*



**Für diesen Betreuungsschutz werden pro betreuter Person jährlich  
€ 3.000,00 gewährt.**



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

# INVALIDITÄT



## LEISTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG VON PERSONEN MIT INVALIDITÄT

### EMPFÄNGER DER LEISTUNGEN

Empfänger dieses Betreuungsschutzes sind die bei Fondo Est betreuten Arbeitnehmer, die die subjektiven Voraussetzungen (siehe Abschnitt „Voraussetzungen der Empfänger“) erfüllen.

### VORAUSSETZUNGEN DER EMPFÄNGER

Die Empfänger der Leistungen sind die Betreuten mit:

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

Diese Invaliditäten müssen zum Tag der Erbringung der Leistung, deren Erstattung beantragt wird, bereits samt Invaliditätsgrad von 80 % und mehr bescheinigt sein.

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.

Außerdem wird die Erstattung der Leistungen gewährleistet, die nach Auftreten der vom Arzt oder der Gesundheitseinrichtung bescheinigten Erkrankung erbracht wurden, wenn diese Erkrankung der Grund für die Bescheinigung eines Invaliditätsgrads von 80 % und mehr ist und die Anerkennung der vorgenannten Invalidität binnen 60 Tagen ab der Bescheinigung des Auftretens der Erkrankung beantragt wurde.

Um ab dem 1. Januar 2026 Zugang zu den Gesundheitsfonds zu erhalten, muss der Krankenbetreuungsschutz am Tag der Leistungserbringung (Rechnungsdatum) gültig sein. Die Regelungen des Gesundheitsplans 2024 für die im Vorjahr erbrachten Leistungen gelten weiter.

### GEGENSTAND DES BETREUUNGSSCHUTZES

Bei Bestehen der subjektiven Voraussetzungen gemäß der Punkte 1 und 2 stellt Fondo Est den Betreuten als einmalige Leistung eine Ausgabenobergrenze in folgender Höhe zur Verfügung:

- € 6.000,00 für einen Invaliditätsgrad von 80 % - 90 %;

- € 8.000,00 für einen Invaliditätsgrad von 91 % – 100 %.

Zur Erstattung der Kosten für die folgenden Leistungen:

1. Diagnostische/therapeutische, zahnärztliche und krankenpflegerische Gesundheitsleistungen zu Hause und/oder ambulant, sofern sie mit der invaliditätsverursachenden Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen, zu therapieren und zu behandeln oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen), oder die, sofern sie nicht mit der Krankheit zusammenhängen, in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt.
2. Physiotherapeutische Leistungen, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die, sofern sie nicht mit der Krankheit zusammenhängen, 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, psycho-therapeutische Sitzungen, psychiatrische Untersuchung, neurologische Untersuchung.
6. Hilfspersonal für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe).

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 Krankenbetreuungsschutz von Fondo Est in Anspruch nehmen, sofern diese Leistungen innerhalb von 1 Jahr nach dem Ende des Betreuungsschutzes aufgrund der Beendigung des Vertragsverhältnisses mit Fondo Est erbracht werden.

Die Verlängerung des Betreuungsschutzes gilt nicht bei aufgehobenem Arbeitsverhältnis oder bei unterlassener Beitragszahlung.

Die Verlängerung des Betreuungsschutzes beträgt maximal zwölf zusätzliche Monatsraten im Leben des Arbeitnehmers. Unter keinen Umständen ist es möglich, mehr als zwölf Monatsraten zu gewähren.

### Für die Erstattung erforderliche Unterlagen

Für die Erstattung ist das Einschicken der folgenden Unterlagen erforderlich: Kostenerstattungsformular Fondo Est, das auf der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) heruntergeladen werden kann:

- Kopie des Antrags auf Invalidität, aus dem das Datum der Einreichung hervorgeht;
- Kopie der INAIL/INPS-Bescheinigung der Invalidität und des Invaliditätsgrades;
- Bei Invalidität aufgrund einer Erkrankung oder Berufskrankheit ist eine Kopie der ärztlichen Unterlagen erforderlich, aus denen das Datum des Auftretens
- Kopie der ärztlichen Verschreibung (vgl. nachstehende Tabelle);
- Kopie der Ausgabenbelege.

*Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular*

*zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:*

*Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.*

*Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.*

#### ART DER LEISTUNG

Diagnostische/therapeutische, zahnärztliche und krankenpflegerische Gesundheitsleistungen zu Hause und/oder ambulant, sofern sie mit der invaliditätsverursachenden Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen, zu therapieren und zu behandeln oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen), oder die, sofern sie nicht mit der Krankheit zusammenhängen 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 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.) 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\*

---

Krankentransport. 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 Betreuten jederzeit zur Verfügung, um etwaige Zweifel zu klären:

- Einheitliche Nummer 06 51 03 18 88 der Einsatzzentrale von montags bis freitags;
- info@fondoest.it für E-Mail-Kontakte.

Die Unterlagen sind online über den Zugang auf den Bereich MyFondoEst – Ihren Erstattungsantrag online ausfüllen und absenden – der Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einzureichen (in diesem Fall ist es nicht notwendig, das Kostenerstattungsformular zu senden) oder per Post an die folgende Adresse zu senden:  
Fondo Est – Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma.  
Die Erstattungsanträge sind innerhalb einer Frist von 1 Jahr ab Datum des Ausgabenbelegs für die durchgeführte Leistung einzureichen.

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 Gesundheitsfonds 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 Gesundheitsfonds dies unverzüglich den zuständigen Gerichtsbehörden zur Überprüfung und zur Feststellung etwaiger strafrechtlicher Haftungen mitteilen wird.**



## LEISTUNGEN, DIE NICHT IM GESUNDHEITSPLAN INBEGRIFFEN SIND



### LEISTUNGEN, DIE NICHT IM GESUNDHEITSPLAN VON FONDO EST INBEGRIFFEN SIND:

- Behandlungen von Geisteskrankheiten und psychischen Störungen im Allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensweisen;
- die ärztlichen Leistungen zu ästhetischen Zwecken;
- Therapien und Eingriffe zur Behandlung von Unfruchtbarkeit und auf jeden Fall solche im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung (IVF);
- durch vorsätzliche Handlungen der betreuten Person verursachte Unfälle;
- Untersuchungen, die von Gesundheitspersonal durchgeführt werden, das nicht über eine nach den geltenden Rechtsvorschriften anerkannte Spezialisierung verfügt.

### Krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit

Die von Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern erbrachten zahlungspflichtigen Leistungen (krankenhausinterne freiberufliche Tätigkeit, sog. „Intramoenia“) sind nicht erstattbar, mit Ausnahme von Leistungen, bei denen die Erstattung privatärztlich erbrachter Leistungen zugelassen ist.



**Wir weisen darauf hin, dass der Gesundheitsfond im Falle des Erhalts von gefälschten oder verfälschten Dokumenten unverzüglich die zuständigen Justizbehörden benachrichtigen wird, damit diese die erforderlichen Überprüfungen durchführen und etwaige strafrechtliche Haftungen feststellen können.**





## LEITFADEN 2026

FÜR DIE GESUNDHEITSLISTUNGEN,  
DIE ÜBER EMVA ERBRACHT WERDEN

Für die Angestellten von Betrieben mit operativem Sitz in der Provinz Bozen.



# LEITFADEN ZUM GESUNDHEITSPLAN 2026 FÜR DIE ANGESTELLTEN DER FOLGENDEN BRANCHEN, DIE BEI BETRIEBEN MIT OPERATIVEM SITZ IN DER PROVINZ BOZEN BESCHÄFTIGT SIND:

Die unter das neue Abkommen fallenden betreuten Personen sind die Angestellten folgender Sektoren:

- Tertiärsektor, Verteilung und Dienstleistung
- Reise- und Tourismusunternehmen
- Anbau von Obst, Gemüse und Agrumen
- Beschäftigte im Sportbereich
- Fahrschulen
- Bestattungsunternehmen
- Sozio-sanitäre Betreuung.

Für zahnärztliche Leistungen, Krankenhausaufenthalte und Vorsorgeleistungen.

Für alle anderen Leistungen gilt der Gesundheitsplan von Fondo Est.

Die Angestellten der anderen Sektoren können weiterhin auf das Leistungspaket zurückgreifen, welches die Gesellschaft Unisalute für Fondo Est betreut.

## 72 PRÄSENTATION

70 Online-Dienste auf [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) und [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

## 73 EINLEITUNG

## 74 WIE DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANES IN ANSPRUCH ZU NEHMEN SIND

- 74 Als Erstes [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) oder [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) besuchen
- 74 Leistungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdiensts
- 76 Leistungen in privaten Einrichtungen und in freiberuflicher Tätigkeit

## 77 DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANES

- 78 Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs oder schwerer Erkrankung. Hauskrankenpflege infolge von Krankheit
- 79 Jährlicher Höchstbetrag für Krankenhausaufenthalte
- 79 Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs
- 81 Krankentransport infolge eines chirurgischen Eingriffs
- 81 Transplantationen
- 81 Modalitäten für die Inanspruchnahme der Leistungen
- 82 Säuglinge
- 82 Ersatzentschädigung bei chirurgischem Eingriff
- 82 Liste der chirurgischen Eingriffe
- 86 Medizinischer Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung
- 88 Leistungen
- 891 Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit bei medizinischen Krankenhausaufenthalten, die durch die Erkrankungen laut Liste erforderlich werden
- 92 Zahnärztliche diagnostische Untersuchungen
- 94 Kieferorthopädische Leistungen
- 96 Implantologische Leistungen
- 100 Avulsion (Zahnextaktion)
- 102 Zahnärztliche Sonderleistungen (Vorsorge)
- 104 Diagnostische Sonderleistungen (Vorsorge)
- 108 Beratungsdienste

## 109 FÄLLE, IN DENEN DER PLAN NICHT ANWENDBAR IST

## 111 EINIGE WICHTIGE HINWEISE

- 111 Örtlicher Geltungsbereich
- 111 Verwaltung der Ausgabenbelege (Rechnungen und Quittungen)

Die Leistungen des Gesundheitsplans sind garantiert von:





## 2 | PRÄSENTATION

Dieser Leitfaden ist als nützliche Hilfe für das Verständnis und die Inanspruchnahme des Gesundheitsplans gedacht. Unser Ziel ist es, Ihnen einen möglichst umfassenden und schnellen Dienst zu bieten. Dazu benötigen wir jedoch Ihre Mithilfe.

In diesem Leitfaden finden Sie daher Hinweise zu den Vorgehensweisen bei der Inanspruchnahme des Plans. Halten Sie sich bitte strikt an diese Vorgehensweisen, damit wir Ihnen wie immer prompt zur Seite stehen können.

### 2.1 | Online-Dienste auf [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) und [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

EMVA bietet allen Betreuten ein Portal mit vielen bequemen Diensten an, um alle Vorgänge im Zusammenhang mit den Gesundheitsleistungen und den Erstattungsanträgen zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Wenn Sie sich auf dem Portal [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) oder der [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) anmelden und mit Benutzername und Passwort auf den reservierten Bereich zugreifen, können Sie:

- Rückerstattungen beantragen;
- A den Bearbeitungsstand der gesendeten Erstattungsanträge überprüfen;
- A die Übersicht über die erstatteten Leistungen jederzeit ausdrucken.

Direkt auf der Website ([www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)) ist es ohne vorherige Anmeldung möglich, die zum eigenen Gesundheitsplan gehörenden Leistungen einzusehen.

**Um auf die Dienste zugreifen zu können, müssen Sie sich auf dem EMVA-Portal registrieren.**

#### Wie erhält man den Zugang zum EMVA Portal?

Alle bereits registrierten Nutzer erhalten automatisch eine Einladungs-E-Mail von EMVA mit Link zur Registrierung. Dieser Link hat eine Gültigkeit von 30 Tagen, nach Ablauf dieser Frist können sich die Betreuten per E-Mail an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it) wenden, um eine neue Registrierungs-E-Mail anzufordern. Sollten Betreute keine Einladung erhalten haben oder sich zum ersten Mal registrieren, können sie sich direkt per E-Mail an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it) wenden und im Betreff „Neuer Zugang zum Portal“ angeben. Im Text sind folgende persönlichen Daten anzugeben: die Telefonnummer und E-Mail-Adresse, das Geburtsdatum und der Geburtsort sowie die Wohnadresse. Nach Überprüfung der Daten erhalten die Betreuten per E-Mail die Einladung zur Aktivierung des Portalzuganges.

## 3 | EINLEITUNG

Ziel dieses Leitfadens ist es, ausführlich alle Leistungen des Gesundheitsplans für die Provinz Südtirol zu erläutern, damit jeder die darin angebotenen Möglichkeiten optimal nutzen kann.

## 4. | WIE DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS IN ANSPRUCH ZU NEHMEN SIND

### 4.1 | Als Erstes [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) oder [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) besuchen

Wenn ein Betreuer ärztliche Behandlungen benötigt, sollte er für alle Leistungen, die nicht mit Krankenhausaufenthalt, Zahnmedizin und Vorsorge verbunden sind, ausschließlich die Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) einsehen. Für alle Leistungen im Bereich Krankenhausaufenthalt, Zahnmedizin und Vorsorge kann man hingegen sowohl die Website [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) als auch die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) besuchen oder sich von Italien aus über die **Nummer 0471 059 056** (und aus dem Ausland über die **Nummer +39 0471 059 056**) informieren. Der Telefondienst ist von Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 16:00 Uhr und am Freitag von 8:00 bis 12:30 Uhr erreichbar

**Um Zugang zu den Leistungen zu erhalten, müssen Sie sich auf dem EMVA-Portal registrieren.**

Alternativ können Sie eine E-Mail an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it) senden.

Die im Gesundheitsplan vorgesehenen Leistungen, die im Folgenden ausführlich erläutert werden, sehen verschiedene Nutzungsmodalitäten vor, die im Folgenden aufgeführt sind.

### 4.2 | Leistungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdiensts

Falls eine betreute Person beschließt, Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdiensts (SSN) oder von diesem akkreditierte Privateinrichtungen in Anspruch zu nehmen, bietet der Gesundheitsplan zwei alternative Lösungen zur Erstattung der Kosten, die ggf. in den öffentlichen Einrichtungen anfallen:

- bei Ausgaben für Gesundheitstickets, sieht der Gesundheitsplan die vollständige Erstattung der verauslagten Kosten vor, unbeschadet der zu den einzelnen Leistungen vorgesehenen Bestimmungen;
- A wenn sich die betreute Person bei einer öffentlichen Einrichtung des Nationalen Gesundheitsdiensts (SSN) voranmelden will, muss die Einsatzzentrale nicht kontaktiert werden. Es reicht, die Einheitlichen Vormerkstelle (CUP) zu kontaktieren.



**Zum Erhalt der Kostenerstattung muss sich die betreute Person im reservierten Bereich anmelden und einen Antrag auf Erstattung in indirekter Form senden. Dabei müssen die erforderlichen Unterlagen (Kopien der Rechnungen und/oder steuerliche Quittungen) beigelegt werden.**

Rückerstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) erreichbar ist

Erstattungsanträge müssen innerhalb eines Jahres nach dem Datum des Ausgabennachweises für die in Anspruch genommene Leistung eingereicht werden.

Falls die betreute Person bei einem Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff (vgl. Liste der chirurgischen Eingriffe unter Punkt 5.1.7) und bei einem Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung (vgl. Liste der schweren Erkrankungen unter Punkt 5.1.B) 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 Tagegelds, deren Modalitäten weiter unten beschrieben werden.

### 4.3 | Leistungen in privaten Einrichtungen und in freiberuflicher Tätigkeit

Um allen Betreuten die größtmögliche Freiheit bei der Wahl ihrer Behandlung zu gewährleisten, umfasst der Gesundheitsplan private und freiberufliche Gesundheitseinrichtungen. Die Erstattung erfolgt möglicherweise nicht in voller Höhe, sondern mit einer Kostenbeteiligung, auf die wir später bei der Betrachtung der einzelnen Leistungen näher eingehen werden. Bei Entlassung müssen die Betreuten die Rechnungen und Spesenabrechnungen begleichen. Um die Erstattung zu erhalten, muss anschließend innerhalb eines Jahres nach dem Datum des Dokuments über dem persönlichen Bereich ein Antrag auf indirekte Erstattung gestellt und folgende Unterlagen beigelegt werden:

- eine mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte im Falle eines Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Operation oder einer schweren Erkrankung;
- eine Kopie der Verschreibung mit der vermuteten oder vom Hausarzt oder Facharzt festgestellten Erkrankung im Falle von Leistungen außerhalb des Krankenhausaufenthalts;

- Kopien der Ausgabenbelege (Rechnungen und Quittungen), aus denen die Begleichung hervorgeht.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) erreichbar ist

Zur korrekten Bewertung des Schadensfalls oder zur Überprüfung der Echtheit der vorgelegten Kopien behält sich EMVA das Recht vor, die Vorlage der Originale der oben genannten Unterlagen zu verlangen.



#### **ACHTUNG**

**EMVA behält sich das Recht vor, vom Betreuten spezifische medizinische Untersuchungen zu verlangen. Zudem sind die Betreuten verpflichtet, EMVA alle gesundheitsbezogenen Informationen im Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung zur Verfügung zu stellen, wobei zu diesem Zweck die Ärzte, die die Betreuten untersucht und behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sind.**

**EMVA erstattet den Betreuten die Kosten direkt auf ihr Bankkonto, wobei die im Gesundheitsplan vorgesehenen Selbstbeteiligungen (d. h. Teile der Kosten, die zu Lasten des Betreuten gehen) berücksichtigt werden.**



#### **WIE DER STAND DER EIGENEN KOSTENERSTATTUNGEN ANGEZEIGT WERDEN KANN**

**Am schnellsten lässt sich der Stand der eigenen Kostenerstattungen über den reservierten Bereich auf der Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) prüfen, welcher über Benutzernamen und Passwort zugänglich ist. Die betreute Person hat die Möglichkeit den Bearbeitungsstand seiner Anträge jederzeit zu überprüfen.**

## **5. | DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANES**

Im Fall von Krankheiten und Unfällen, die nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsplans eingetreten sind, garantiert dieser folgende Leistungen:

- Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs oder schwerer Erkrankung laut Liste unter Punkt 5.17 und 5.1.B;
- Hauskrankenpflege infolge von Krankheit;
- zahnärztliche diagnostische Untersuchungen;
- kieferorthopädische Leistungen;
- implantologische Leistungen;
- Avulsion (Zahnextaktion);
- zahnärztliche Sonderleistungen (Vorsorge);
- diagnostische Sonderleistungen (Vorsorge);
- Beratungsdienste.

## KRANKENHAUSAUFENTHALT WEGEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFS ODER SCHWERER ERKRANKUNG. HAUSKRANKENPFLEGE INFOLGE VON KRANKHEIT



### Jährlicher Höchstbetrag für Krankenhausaufenthalte

Der Gesundheitsplan sieht eine Kostengrenze in Höhe von € 90.000,00 pro Kalenderjahr und pro Betreuten vor. Wird dieser Betrag im Laufe des Jahres erreicht, bedeutet dies, dass für diesen Leistungsbereich keine weiteren sowohl direkten wie auch indirekten Vergütungen vorgesehen sind.

Die Höchstgrenze umfasst auch die Leistungen, die in den Garantien „Medizinischer Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung“, „Hauskranken- pflege bei chirurgischem Krankenhausaufenthalt laut Liste der chirurgischen Eingriffe“ und „Integrierte globale Pflegedienste, Organisation von Diensten, Ausleihe von medizinischen und sanitären Hilfsmitteln und Hauskrankenpflege“ vorgesehen sind.

Bei Erreichen der Obergrenze beginnt der Betreuungsschutz wieder im darauffolgenden Jahr für Vorfälle, die sich im neuen Kalenderjahr ereignen. Vorfälle, die sich im Vorjahr ereignet haben und deren Vergütungsobergrenze bereits vollständig ausgeschöpft wurde, können nicht mehr berücksichtigt werden.

Der Höchstbetrag gilt einheitlich für die unter Punkt 5.1.A und 5.1.B genannten Posten.

### 5.1.A | Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs

Unter Krankenhausaufenthalt wird der stationäre Aufenthalt in einer Heilanstalt mit Übernachtung verstanden; die Notaufnahme allein stellt keinen Krankenhausaufenthalt dar.

Falls die betreute Person für einen chirurgischen Eingriff (vgl. [Liste der chirurgischen Eingriffe](#)) eingewiesen wird, sind hierfür folgende Vergütungen vorgesehen.

#### VOR DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

Laboruntersuchungen, diagnostische und fachärztliche Untersuchungen in den **120 Tagen** vor dem Beginn des Krankenhausaufenthalts, sofern Krankheit oder Unfall, welche zum Krankenhausaufenthalt geführt haben, diese Leistungen erforderten.

#### CHIRURGISCHER EINGRIFF

Vergütungen des Chirurgen, Operationshelfers, Assistenten, Anästhesisten und aller anderen am Eingriff Beteiligten (wie aus dem Operationsbericht hervorgeht); Gebühren für den Operationsaal und OP-Material, einschließlich Endoprothesen.

## ÄRZTLICHE BETREUUNG, ARZNEIMITTEL, BEHANDLUNGEN

Ärztliche und pflegerische Leistungen, fachärztliche Beratungen, Arzneimittel, Laboruntersuchungen, diagnostische Untersuchungen sowie physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen während des stationären Krankenhausaufenthaltes.

## KRANKENHAUSTAGEGELD

Nicht vergütet werden all jene Kosten, die über das medizinisch wesentlich Erforderliche hinausgehen.

Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, werden die Kosten bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 300,00** erstattet.

## BEGLEITPERSON

Tagegeld für Verpflegung und Unterkunft der Begleitperson in der Heilanstalt oder in einer hotelmäßigen Unterkunft.

Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, wird der Betreuungsschutz bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 50,00** und für höchstens **30 Tage** pro Krankenhausaufenthalt geleistet.

## INDIVIDUELLE PRIVATE KRANKENPFLEGE

Individuelle private Krankenpflege bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 60,00** und für maximal 30 Tage pro Krankenhausaufenthalt.

## NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

1. Laboruntersuchungen und diagnostische Untersuchungen, ärztliche und chirurgische Leistungen (letztere, falls die Beantragung dafür bei der Entlassung aus der Heilanstalt bescheinigt wurde) und physiotherapeutische oder rehabilitative Behandlungen in den 120 Tagen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts, sofern die Krankheit oder der Unfall, welche zum betreffenden Aufenthalt geführt haben, diese erfordert.
2. Pflegeleistungen, Arzneimittel und Thermalkuren (nicht erstattet werden jedoch Kosten für eine hotelmäßige Unterbringung) in den **120 tagen** nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts, sofern der betreffende stationäre Krankenhausaufenthalt dies erforderte.

## HAUSKRANKENPFLEGE BEI CHIRURGISCHEM KRANKENHAUSAUFENTHALT LAUT LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

Im Rahmen der vom Betreuungsschutz „Nach dem Krankenhausaufenthalt“ vorgesehenen 120 Tage stellt Fondo Est für stationäre Aufenthalte mit chirurgischem Eingriff (vgl. Liste

der chirurgischen Eingriffe), die nach dem Inkrafttreten des Betreuungsschutzes erfolgt sind, Leistungen der Hauskrankenpflege, der ärztlichen, rehabilitativen, pflegerischen und pharmakologischen Betreuung zur Verfügung, die der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit des Betreuten dienen. Die Kosten für die zugunsten des Betreuten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über EMVA an den Betreuten vergütet.

## 5.1.2 | Krankentransport infolge eines chirurgischen Eingriffs

Der Gesundheitsfonds erstattet die Kosten für den Transport des Betreuten im Krankenwagen, in einer mobilen Koronareinheit und in einem Krankentransportflugzeug bis zur Krankenanstalt, für die Verlegung von einer Krankenanstalt in eine andere und für die Rückkehr zu seiner Wohnung bis zu einem Höchstbetrag von **€ 1500,00** pro Krankenhausaufenthalt.

## 5.1.3 | Transplantationen

Bei einer Transplantation von Organen oder Organteilen werden die unter Punkt 5.1.A „Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs“ und im Abschnitt „Krankentransport“ vorgesehenen Kosten mit den dort angegebenen Höchstgrenzen sowie die Kosten für die Entnahme beim Spender und den Organtransport erstattet. In der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt sind auch die pharmakologischen Behandlungen zur Vorbeugung der Abstoßreaktionen inbegriffen. Bei Spenden von Lebenden umfasst die Leistung die Erstattung der getragenen Kosten für die während des Krankenhausaufenthalts des Spenders erfolgten Leistungen, d.h. für die diagnostischen Untersuchungen, die ärztliche und pflegerische Betreuung, den chirurgischen Eingriff, die Therapien, Arzneimittel und Tagegelder.

## 5.1.4 | Modalitäten für die Inanspruchnahme der Leistungen

- Leistung;
- Bei einem Aufenthalt in privaten Einrichtungen und in freiberuflicher Tätigkeit werden die Kosten für die erbrachten Leistungen in Höhe von **85%**, erstattet, vorbehaltlich der für die einzelnen Garantien vorgesehenen Einschränkungen
- Falls der stationäre Aufenthalt in einer Einrichtung des Nationalen Gesundheitsdiensts erfolgt, erstattet Emva für Fondo Est vollständig die eventuellen Kosten für Gesundheitstickets oder für eine hotelmäßige Unterbringung (z.B. die Kosten für

ein etwaiges kostenpflichtiges Zimmer), die die betreute Person zu tragen hatte. In diesem Fall kann die betreute Person allerdings nicht die Ersatzentschädigung (siehe Abschnitt „Ersatzentschädigung bei chirurgischem Eingriff“) in Anspruch nehmen.

### 5.15 | Säuglinge

Der Gesundheitsfond sieht eine Kostenerstattung für chirurgische Eingriffe im ersten Lebensjahr des Säuglings zur Korrektur von angeborenen Fehlbildungen vor. Inbegriffen sind die ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen vor und nach dem Eingriff sowie das Tagegeld für Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson in der Krankenanstalt oder hotelmäßigen Unterkunft für die Verweildauer, wobei die jährliche Höchstgrenze € 10.000,00 pro Säugling beträgt.

### 5.16 | Ersatzentschädigung bei chirurgischem Eingriff

Falls die betreute Person weder für den Krankenhausaufenthalt noch für andere damit zusammenhängende Leistungen eine Erstattung beantragt, hat er in den ersten 30 Tagen des Krankenhausaufenthalts Anspruch auf eine Entschädigung von € 80,00 pro Tag.

Ab dem 31. Tag des Krankenhausaufenthalts wird die Entschädigung auf € 100,00 pro Tag Krankenhausaufenthalt bis zu einer maximalen Dauer von 100 Tagen Krankenhausaufenthalt erhöht.

Als Krankenhausaufenthalt werden stationäre Aufenthalte mit mindestens einer Übernachtung in der Heilanstalt verstanden. Für die Berechnung der Ersatzentschädigung werden die Anzahl der betreffenden Übernachtungen innerhalb der Heilanstalt herangezogen.

### 5.17 | Liste der chirurgischen Eingriffe

Chirurgische Eingriffe gelten, sofern nicht anderweitig verschrieben, als mit allen Techniken, Methoden, Zugangswegen, Ausrüstungen oder Geräten jeglicher Art durchgeführt. Im Fall von Diagnose- oder Untersuchungsverfahren und damit einhergehenden Operationsverfahren wird das Diagnose- oder Untersuchungsverfahren als Phase und folglich Bestandteil des Operationsverfahrens angesehen und ist daher nicht separat erstattbar.

### 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 transsphenoidalem Weg.

### ALLGEMEINE CHIRURGIE

- Femoralhernie;
- Eingriffe zur Entfernung maligner Neoplasien der Brust mit eventueller Prothese;
- Entfernung von Brustknoten (einschließlich Entfernung von Brustknoten wegen benignen Erkrankungen).

### AUGENCHIRURGIE

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

### HALS-NASEN-OHREN-CHIRURGIE

- Entfernung von Glomus-jugulotympanicum-Tumoren;
- Entfernung maligner Tumoren der Mundhöhle;
- Entfernung maligner Tumoren des Sinus ethmoidalis, frontalis, sphenoidalis und maxillaris;
- Entfernung parapharyngealer Tumoren, Tumoren des Gaumenzäpfchens (Uvulektomie) und der Stimmbänder (Chordektomie);
- Radikaler Eingriff am Kehlkopf (vollständige oder partielle Laryngektomie);
- Eingriff wegen Neurinom des achten Hirnnervs;
- Wiederaufbau der Gehörknöchelchen.

### HALSCHIRURGIE

- Vollständige Entfernung der Schilddrüse;
- Eingriffe an den Nebenschilddrüsen;
- Eingriff wegen retrosternaler Struma mit Mediastinotomie;

- Vollständige Entfernung der Schilddrüse mit ein- oder beidseitiger laterozervikaler Ausräumung.

#### CHIRURGIE DER ATEMWEGE

- Eingriffe wegen Zysten oder Tumoren des Mediastinums;
- Eingriffe wegen Echinokokkose der Lunge;
- Eingriffe wegen Bronchialfisteln;
- Eingriffe wegen Tumoren der Luftröhre, Bronchien, Lunge oder Pleura;
- Vollständige oder partielle Entfernung des Lungenflügels.

#### HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE

- Entfernung von Glomus-caroticum-Tumoren;
- 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;
- Teilentfernung der Vena saphena magna.

#### CHIRURGIE DES VERDAUUNGSTRAKTS

- Eingriffe zur (vollständigen oder partiellen) Resektion der Speiseröhre; A Nicht-endoskopische Eingriffe am Anus und Rektum wegen maligner Tumorerkrankungen;
- Eingriffe an Mund, Rachen, Kehlkopf wegen maligner Tumorerkrankungen;
- Eingriffe an Bauchspeicheldrüse, Leber und Nieren aufgrund maligner Tumorerkrankungen;
- Nicht-endoskopische Eingriffe an der zervikalen Speiseröhre;
- Appendektomie bei diffuser Peritonitis;
- Magen-Darm-Chirurgie wegen Perforationen;
- Vollständige Kolektomie, Hemikolektomie und vordere rektokolische Resektion (mit oder ohne Kolostomie);
- Leberabszess-Drainage;
- Exhairesis von Tumoren des retroperitonealen Raums; A Chirurgische Eingriffe wegen Hypertonie der Pfortader; A Eingriffe mit Ösophagoplastik;
- Eingriffe zur Amputation des Rektums-Anus;
- Laparotomische Eingriffe wegen Pankreaszysten, -pseudozysten oder -fisteln;
- Eingriffe wegen Echinokokkose der Leber;

- Anteriore oder abdominoperineale Eingriffe wegen Megakolon;
- Eingriffe wegen Neoplasien der Bauchspeicheldrüse;
- Laparotomische Eingriffe wegen akuter oder chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung;
- Nicht endoskopische Eingriffe an Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm wegen maligner Tumorerkrankungen;
- Eingriff wegen Magen-Jejunum-Kolonfistel;
- Eingriff wegen Megaösophagus;
- Wiedereingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege;
- Magenresektion;
- Erweiterte Magenresektion;
- Vollständige Magenresektion;
- Magen-Jejunum-Resektion;
- Leberresektion.

#### UROLOGIE

- Therapie von Blasensteinen;
- Zystoprostatovesikulektomie;
- Eingriffe mit vollständiger Zystektomie;
- Eingriffe der Orchiektomie mit Lymphadenektomie wegen Hodenneoplasie;
- Eingriffe mit radikaler Entfernung der Prostata;
- Eingriffe zur Blasenrekonstruktion mit oder ohne Ureterosigmoidostomie;
- Radikale Entfernung von Niere und Harnleiter;
- Entfernung der Nebenniere.

#### GYNÄKOLOGIE

- Radikaler Eingriff wegen Vaginaltumoren mit Lymphadenektomie;
- Vollständige Hysterektomie mit eventueller Appendektomie;
- Radikale Hysterektomie durch den Bauch oder die Scheide mit Lymphadenektomie;
- Radikale erweiterte Vulvektomie mit inguinale und/oder pelvischer Lymphadenektomie.

#### ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

- Eingriffe wegen Carpaltunnel-Syndrom;
- Eingriffe wegen Schnappfinger;
- Chirurgische Eingriffe am Rückenmark wegen maligner Tumorerkrankungen;
- Radikale Eingriffe zur Entfernung von Knochentumoren;
- Protheseneingriffe an Schulter, Ellbogen, Hüfte oder Knie;

- Eingriffe zur Resektion von Wirbelkörpern wegen Fraktur, Wirbelzusammenbrüchen und maligner 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 Trauma;
- Reimplantation von Gelenken, Eingriffe an Hüfte und Oberschenkel, auch mit Implantation von Prothesen, die nicht auf ein Trauma zurückzuführen sind;
- Behandlung von Dysmetrien und/oder Verkrümmungen der unteren Gliedmaßen mit externen Implantaten;
- Eingriffe zur Verpflanzung freier mikrovaskulärer Hautlappen bei ausgedehnten Verbrennungen.

#### MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

- Osteosynthese bei Gesichtsknochenfraktur nach Unfall.

#### ORGANTRANSPLANTATIONEN

- Organtransplantationen mit Transplantation von Stammzellen ausschließlich bei Tumorerkrankungen.

#### 5.1.B | Medizinischer Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung

Unter Krankenhausaufenthalt wird der stationäre Aufenthalt in einer Heilanstalt mit Übernachtung verstanden; die Notaufnahme allein stellt keinen Krankenhausaufenthalt dar.

Die betreute Person kann bei Krankenhausaufenthalt wegen einer der nachstehend aufgelisteten schweren Erkrankungen nachfolgende Leistungen in Anspruch nehmen:

- Maligne Neoplasie in Behandlung
- Ischämische Kardiomyopathie;
- Dekompensierte kardiorespiratorische Insuffizienz, die mindestens drei der folgenden Erscheinungen gleichzeitig aufweist:
  1. Atemnot;
  2. Ödeme der unteren Extremitäten;
  3. Arythmie;

4. Instabile Angina pectoris;
5. Lungenödem oder Stauungslunge;
6. Hypoxämie.

- Komplizierter Diabetes mit mindestens zwei der folgenden Erscheinungen:
  1. Torpides Ulkus;
  2. Dekubitalgeschwüre;
  3. Neuropathien;
  4. Periphere Gefäßerkrankungen;
  5. Infektionen im Urogenitalbereich oder Superinfektionen;
  6. Augenkomplikationen.
- Chronische degenerative zerebrovaskuläre Erkrankungen;
- Akute zerebrale Vaskulopathie ischämischen oder hämorrhagischen Charakters;
- Multiple Sklerose;
- Amyotrophe Lateralsklerose;
- Alzheimer-Krankheit;
- Morbus Parkinson, gekennzeichnet durch:
  1. Akinese;
  2. Posturale Instabilität.
- Chronische Niereninsuffizienz in Dialysebehandlung (Hämo- oder Peritonealdialyse) oder akute Niereninsuffizienz.

## 5.1.2.B | LEISTUNGEN

### VOR DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

Laboruntersuchungen, diagnostische und fachärztliche Untersuchungen in den **120 Tagen** vor dem Beginn eines erstattungsfähigen Krankenhausaufenthalts, sofern die Krankheit, die zum erstattungsfähigen Krankenhausaufenthalt geführt hat, diese erfordert.

### ÄRZTLICHE BETREUUNG, ARZNEIMITTEL, BEHANDLUNGEN

Ärztliche und pflegerische Leistungen, fachärztliche Beratungen, Arzneimittel, Laboruntersuchungen, diagnostische Untersuchungen sowie physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen während des Aufenthaltszeitraums.

### KRANKENHAUSTAGEGELD

Nicht im Betreuungsschutz enthalten sind jene Ausgaben, die über das medizinisch-wesentlich Erforderliche hinausgehen.

Bei einem Aufenthalt werden die Kosten bis zu einem **Tageshöchstbetrag von € 300,00** erstattet.

### BEGLEITPERSON

Tagegeld für Verpflegung und Unterkunft der Begleitperson während des Aufenthalts. Die betreute Person in der Heilanstalt oder in einem Beherbergungsbetrieb.

Bei einem Aufenthalt in einer Einrichtung, die nicht mit der Gesellschaft vertragsgebunden ist, wird der Betreuungsschutz bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 50,00** und für höchstens **30 Tage** per ricovero.

### INDIVIDUELLE PRIVATE KRANKENPFLEGE

Individuelle private Krankenpflege bis zu einem Tageshöchstbetrag von **€ 60,00** für höchstens 30 Tage pro Krankenhausaufenthalt.

### NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT A

Laboruntersuchungen und diagnostische Untersuchungen, ärztliche und chirurgische Leistungen (letztere, falls die Beantragung dafür bei der Entlassung aus der Heilanstalt bescheinigt wurde) und physiotherapeutische oder rehabilitative Behandlungen in den **120 Tagen** nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts, sofern die Krankheit, die zum stationären Krankenhausaufenthalt geführt hat, diese erfordert.

### NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT B

Pflegeleistungen, Arzneimittel und Thermalkuren (in jedem Fall mit Ausnahme der Kosten für eine hotelmäßige Unterbringung) in den **120 Tagen** nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts, sofern die Krankheit, die zum stationären Krankenhausaufenthalt geführt hat, diese erfordert.

### KRANKENTRANSPORT

Die Gesellschaft erstattet die Kosten für den Transport des Betreuten im Krankenwagen, in einer mobilen Koronareinheit und in einem Krankentransportflugzeug bis zur Krankenanstalt, für die Verlegung von einer Krankenanstalt in eine andere und für die Rückkehr zu seiner Wohnung bis zu einem Höchstbetrag von **€ 1.500,00** pro Krankenhausaufenthalt.

### MODALITÄTEN FÜR DIE INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNGEN

Unbeschadet der zu den einzelnen Leistungen vorgesehenen Einschränkungen und der für den Bereich Krankenhausaufenthalt vorgesehenen Obergrenze, werden die Kosten, für die an den Betreuten erbrachten Leistungen, direkt und vollständig von Fondo Est über EMVA an den Betreuten erstattet. Dies innerhalb der in den angegebenen Abschnitten vorgesehenen Grenzen, wobei jedoch die jährliche Gesamthöchstgrenze für den Bereich Krankenhausaufenthalte (90.000 €) nicht überschritten werden darf.

Bei Krankenhausaufenthalten in Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes oder bei diesem als direkte Betreuung akkreditierten Einrichtungen, deren Kosten also vollständig vom Nationalen Gesundheitsdienst getragen werden, wird der Betreuungsschutz „Ersatzentschädigung für Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung“ aktiviert.

Sollte die betreute Person während des Krankenhausaufenthalts Kosten für eine hotelmäßige Unterbringung oder Gesundheitstickets aufbringen, so wird die Gesellschaft vollständig den vom Betreuten ausgelegten Betrag im Rahmen der unter den einzelnen Punkten vorgesehenen Obergrenzen erstatten. **In diesem Fall entfällt die Ersatzentschädigung für Krankenhausaufenthalt wegen schwerer Erkrankung.**

### ERSATZENTSCHÄDIGUNG FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALT WEGEN SCHWERER ERKRANKUNG

Falls die betreute Person weder für den medizinischen Krankenhausaufenthalt

wegen schwerer Erkrankung noch für andere damit verbundene Leistungen eine Erstattung bei der Gesellschaft beantragt, hat er Anspruch auf eine Entschädigung von € 80,00 pro Tag in den ersten 30 Tagen, des Krankenhausaufenthalts und auf € 100,00 pro Tag ab dem 31. Tag bis zum 70. Tag des Krankenhausaufenthalts.

#### INTEGRIERTE GLOBALE PFLEGEDIENSTE, ORGANISATION VON DIENSTEN, AUSLEIHE VON MEDIZINISCHEN UND SANITÄREN HILFSMITTELN UND HAUSKRANKENPFLEGE NACH EINEM MEDIZINISCHEN/CHIRURGISCHEN KRANKENHAUSAUFENTHALT WEGEN MALIGNER NEOPLASIEN

Bei einem Krankenhausaufenthalt mit oder ohne chirurgischem Eingriff wegen maligner Neoplasie (auch für Eingriffe, die nicht in der Liste der chirurgischen Eingriffe enthalten sind und nach dem Datum des Inkrafttretens des Betreuungsschutzes erfolgt sind, „Nach dem Krankenhausaufenthalt“ für Fälle von Eingriffen, die im Gesundheitsplan vorgesehen sind) erstattet Fondo Est über EMVA folgende Leistungen:

- Hauskrankenpflege;
- Ärztliche, rehabilitative, pflegerische und pharmakologische Betreuung für die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit des Betreuten.

Im Fall von onkologischen Erkrankungen sind die obigen Leistungen auch bei Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff gewährleistet, unabhängig davon, ob dieser in der Liste der chirurgischen Eingriffe im Kapitel Krankenhausaufenthalt wegen chirurgischen Eingriffs aufgeführt ist oder nicht.

Zum Betreuungsschutz gehört auch die Ausleihe von medizinischen und sanitären Hilfsmitteln über Gesundheitseinrichtungen, sofern die Verwendung der medizinischen und sanitären Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Rehabilitation steht.

Die Hilfsmittel werden nur dann bereitgestellt, wenn der Betreuungsschutz für die rehabilitative Hauskrankenpflege aktiviert wurde.

Die Kosten für privat erbrachte Leistungen an das Mitglied werden bis zu einer Höchstgrenze von € 90.000,00 erstattet.

#### 5.13.B | Hauskrankenpflege infolge einer Krankheit bei medizinischen Krankenhausaufenthalten, die durch die Erkrankungen laut Liste erforderlich werden

Bei einem Krankenhausaufenthalt ohne chirurgischen Eingriff wegen einer der unten aufgeführten Erkrankungen, welcher nach dem Inkrafttreten des Betreuungsschutzes erfolgt ist, vergütet Fondo Est für einen Zeitraum von 60 Tagen ab dem Entlassungsdatum über EMVA die Kosten der Leistungen für häusliche Krankenpflege, medizinische Versorgung, Rehabilitation, Pflege und Medikamente vor, die auf die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit abzielen.

Vom Betreuungsschutz abgedeckt sind:

- Mukoviszidose;
- Ischämie der Wirbelsäule;
- Lähmung.

Die Kosten für die zugunsten des Betreuten erbrachten Leistungen werden direkt und vollständig von Fondo Est über EMVA an die betreute Person bis zum Erreichen der verfügbaren jährlichen Höchstgrenze gezahlt.

Für diesen Betreuungsschutz werden pro betreute Person und Kalenderjahr € 5.000,00 gewährt.

## ZAHNÄRZTLICHE DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN



### 5.2 | Zahnärztliche diagnostische Untersuchungen

In Abweichung der Bestimmungen unter Punkt 3 in Abschnitt 6 „Fälle, in denen der Gesundheitsplan nicht anwendbar ist“ bezahlt Emva für Fondo Est die Kosten für folgende Leistungen:

- Orthopantomogramm;
- Endorale Röntgenaufnahmen;
- Dentalscan.

Zur Aktivierung des Betreuungsschutzes ist die zahnärztliche Verschreibung mit der Angabe der diagnostischen Fragestellung oder der Krankheit, durch die die Leistung notwendig geworden ist, erforderlich.

Nimmt die betreute Person den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch, erfolgt die Rückerstattung der zugelassenen Kosten des Gesundheitstickets in voller Höhe.

Bei Inanspruchnahme privater Gesundheitseinrichtungen und freiberuflicher Ärzte ist eine Kostenerstattung bis zu einem Höchstbetrag von € 40,00 je Leistung vorgesehen.

Die Anträge auf Erstattung in indirekter Form können vom reservierten Bereich auf der Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) gestellt werden. Jeder Antrag muss mit allen notwendigen Unterlagen versehen sein.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)



**Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt  
€ 400,00 pro betreute Person.**

## KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN



### 5.3 | Kieferorthopädische Leistungen

In Abweichung der Bestimmungen unter Punkt 3 in Abschnitt 6 „Fälle, in denen der Gesundheitsplan nicht anwendbar ist“ bezahlt Emva für Fondo Est die Kosten für kieferorthopädische Leistungen für festsitzende, herausnehmbare sowie unsichtbare Zahnspangen.

#### Diese Leistung wird dann erbracht, wenn die betreute Person sich an den nationalen Gesundheitsdienst wendet

Der Gesundheitsfonds vergütet die erstattungsfähigen Tickets vollständig bis zur Höhe der vorgesehenen jährlichen Obergrenze.

#### Bei Nutzung privater oder freiberuflicher Gesundheitseinrichtungen

Die vom Betreuten getragenen Kosten werden ohne Anwendung einer Selbstbeteiligung bzw. eines Selbstbehalts innerhalb der jährlichen Obergrenzen erstattet.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)



**Die jährliche Obergrenze für die Gesamtheit der Leistungen beträgt  
€ 700,00 pro betreute Person.**

## IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN



### 5.4 | Implantologische Leistungen

In Abweichung der Bestimmungen unter Punkt 3 in Abschnitt 6 „Fälle, in denen der Gesundheitsplan nicht anwendbar ist“ bezahlt Emva für Fondo Est die Leistungen für osteointegrierte Implantate und die entsprechenden festsitzenden Kronen.

Die Leistung gilt für 1, 2, 3 oder mehr Implantate desselben Behandlungsplans.

Unter die Leistung fallen die Positionierung des Implantats, die eventuelle Avulsion, das endgültige Element, das provisorische Element und der Stiftaufbau für das Implantat bzw. die Implantate.

#### Die vorliegende Leistung gilt bei Nutzung privater oder freiberuflicher Gesundheitseinrichtungen oder bei Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitsdienstes

In diesem Fall werden die entstandenen Kosten bis zur vorgesehenen Obergrenze ohne Anwendung einer Selbstbeteiligung oder eines Selbstbehaltes erstattet.

Für die Kostenrückerstattung müssen folgende Unterlagen vorgelegt werden:

- Eine Kopie des vom Zahnarzt ordnungsgemäß ausgefüllten Anamnesebogens;
- Eine Kopie der Rechnung mit detaillierter Aufstellung der erbrachten Leistungen.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)



**Für diesen Betreuungsschutz werden pro betreute Person jährlich**

**€ 5.100,00 gewährt.**

**Vorgesehen ist jeweils eine jährliche Teilobergrenze von**

**€ 4.300,00 beim Einsatz von fünf Implantaten, eine Teilobergrenze von**

**€ 3.800,00 beim Einsatz von vier Implantaten, eine Teilobergrenze von**

**€ 3.300,00 beim Einsatz von drei Implantaten, eine Teilobergrenze von**

**€ 2.200,00 beim Einsatz von zwei Implantaten und eine Teilobergrenze von**

**€ 1100,00 beim Einsatz von einem Implantat.**



Werden im selben Kalenderjahr nach dem ersten Einsatz eines oder mehrerer Implantate weitere erforderlich, werden letztere im Rahmen der Teilobergrenze für die Gesamtzahl der erfolgten Implantate, abzüglich des bereits genehmigten oder ausgezahlten Betrags, vergütet.

Wird zum Beispiel im selben Kalenderjahr nach dem Einsatz von zwei Implantaten der Einsatz eines dritten erforderlich, wird letzteres im Rahmen der Teilobergrenze von € 3.300,00, abzüglich des bereits genehmigten oder ausgezahlten Betrags, vergütet.



## AVULSION (ZAHNEXTRAKTION)



### 5.5 | AVULSION (ZAHNEXTRAKTION OHNE NACHFOLGENDES IMPLANTAT)

In Abweichung der Bestimmungen unter Punkt 3 in Abschnitt 6 „Fälle, in denen der Plan nicht anwendbar ist“ bezahlt EMVA die Leistungen für Avulsionen (Zahnextraktionen) bis zu maximal 4 Zähne pro Jahr.

#### Die vorliegende Leistung wird gewährt, wenn sich die betreute Person an private Gesundheitseinrichtungen und freiberufliche Ärzte wendet

In diesem Fall ist die Erstattung auf insgesamt vier Extraktionen pro Jahr und bis zu einem Höchstbetrag von 400,00 € pro Jahr begrenzt.

In diesem Fall ist die Erstattung auf insgesamt vier Extraktionen pro Jahr und bis zu einem Höchstbetrag von 400,00 € pro Jahr begrenzt.

- Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde vor und nach der Extraktion;
- Kopie der vom Zahnarzt ordnungsgemäß ausgefüllten Patientenakte;
- Kopie des vom Zahnarzt ordnungsgemäß ausgefüllten Anamnesebogens (Anlage 1).

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

## ZAHNÄRZTLICHE SONDERLEISTUNGEN (VORSORGE)



### 5.6 | Zahnärztliche Sonderleistungen (Vorsorge)

Emva vergütet für Fondo Est folgendes Zahnprophylaxe-Paket, das einmal im Jahr in Anspruch genommen werden kann:

- Zahnsteinentfernung mit eventueller Kontrolluntersuchung mittels Ultraschalls oder bei Notwendigkeit mittels anderer Behandlungsmethoden für Mundhygiene.

#### Private und freiberufliche Gesundheitseinrichtungen

In diesem Fall werden die entstandenen Ausgaben in Höhe von 75 % und bis zu höchstens € 80,00 jährlich pro Betreuten erstattet. Falls aufgrund des besonderen klinischen und/oder pathologischen Zustands des Betreuten die Notwendigkeit einer zweiten Sitzung zur Zahnsteinentfernung in demselben Jahr feststellt, gilt folgendes Verfahren:

- bei Inanspruchnahme einer privaten oder freiberuflichen Gesundheitseinrichtung zahlt der Gesundheitsfonds die zweite Sitzung innerhalb der oben genannten Grenzen. Emva behält sich vor, die Dokumentation für den Nachweis der Notwendigkeit der zweiten Sitzung zur Zahnsteinentfernung zu verlangen, wenn Emva dies für angebracht erachtet

Zu Lasten des Betreuten bleiben jedoch, falls angefordert, weitere Leistungen wie z.B. Fluoridierung, Reinigung der Zahnwurzel, Reinigung des Sulcus, usw.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)



## DIAGNOSTISCHE SONDERLEISTUNGEN (VORSORGE)



### 5.8 | DIAGNOSTISCHE SONDERLEISTUNGEN (VORSORGE)

Emva vergütet für Fondo Est die unten aufgeführten Leistungen, die in privaten Gesundheitseinrichtungen und von freiberuflichen Ärzten erbracht werden.

Die vorgesehenen Leistungen zur Erkennung eventuell vorhandener, noch nicht manifester pathologischer Zustände gelten für risikobehaftete Personen als besonders sinnvoll.

Die einzelnen Pakete müssen in einer Einmallösung in Anspruch genommen werden und können einmal pro Jahr genutzt werden. Im Laufe des Jahres können auch mehrere Pakete in Anspruch genommen werden, wobei der Zugang nach Altersgruppen geregelt ist.


Die entsprechenden Kosten werden gemäß den Angaben innerhalb der einzelnen Leistungspaketen erstattet

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal, das über die Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

**Vorsorge: Für Männer und Frauen einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €90,00.**

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



Kardiovaskuläre Vorsorge: Für Männer und Frauen ab dem 40. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €120,00.

- Fachärztliche kardiologische Untersuchung und EKG.

Darmkrebsvorsorge: Für Männer und Frauen ab dem 45. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €120,00.

Fachärztliche gastroenterologische Untersuchung und Test auf okkultes Blut im Stuhl.

Vorsorge von Atemwegserkrankungen: Für Männer und Frauen ab dem 40. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €100,00.

- Fachärztliche pneumologische Untersuchung.

Hautkrebsvorsorge: Für Männer und Frauen einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €100,00.

- Fachärztliche dermatologische Untersuchung.

Prostatakrebsvorsorge: Für Männer ab dem 45. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €130,00.

- Fachärztliche urologische Untersuchung und Prostataspezifisches Antigen (PSA).

Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge: Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €130,00.

- Fachärztliche gynäkologische Untersuchung und Pap-Test.

Brustkrebsvorsorge:

- a. Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €170,00.

Fachärztliche Brustuntersuchung und Mammasonographie.

- b. Für Frauen ab dem 50. Lebensjahr einmal im Jahr vorgesehene Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von €190,00.

Fachärztliche Brustuntersuchung und **Mammographie (die letztgenannte Leistung ist verschreibungspflichtig).**

Hinsichtlich Buchstabe **b**, steht Frauen ab dem 50. Lebensjahr wahlweise entweder die Mammasonographie oder die Mammographie zur Verfügung.

## 5.8 | Beratungsdienste

### In Italien

Die folgenden Beratungsdienste werden von EMVA mit Sitz in Bozen unter der Telefonnummer **0471 059 056** von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 16.00 Uhr und Freitag von 8.00 bis 12.30 Uhr angeboten.

### Aus dem Ausland

Aus dem Ausland wählen Sie bitte die internationale Vorwahl für Italien **0039 0471 059 056**.

### Allgemeine Informationen zu

- Leistungen, Obergrenzen, Selbstbeteiligungen, etwaige Unterlagen zur Aktivierung des Betreuungsschutzes,
- Bearbeitungsstand der Erstattungsanträge,
- Antragsverfahren für Erstattungsanträge.

## 6. | FÄLLE, IN DENEN DER GESUNDHEITSPLAN NICHT ANWENDBAR IST

Der Gesundheitsplan umfasst nicht alle Ereignisse, die auf die Art des vorgesehenen Betreuungsschutzes zurückzuführen sind. In unserem Fall sind nicht alle Kosten für die garantierten Gesundheitsleistungen vom Gesundheitsplan gedeckt.

Der Gesundheitsplan ist nicht anwendbar für:

- Behandlungen und/oder Eingriffe zur Beseitigung oder Korrektur körperlicher Mängel\* oder Fehlbildungen\*\*, die vor der Unterzeichnung des Vertrags bestanden, sofern nichts anderes in Punkt 5.1.4 vorgesehen ist;;
- Behandlungen von Geisteskrankheiten und psychischen Störungen im Allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensweisen;
- alle zahnärztlichen Leistungen sowie chirurgischen Eingriffe und Diagnoseuntersuchungen zum alleinigen Zweck der zahnärztlichen Rehabilitation oder kieferorthopädischen Behandlung;
- ärztliche Leistungen zu ästhetischen Zwecken (mit Ausnahme von Eingriffen der rekonstruktiven plastischen Chirurgie, die durch Unfälle oder radikale Eingriffe während der Gültigkeit des Vertrags notwendig werden);
- Untersuchungen wegen Unfruchtbarkeit und medizinische Praktiken zum Zwecke der künstlichen Befruchtung;
- stationäre Aufenthalte, wenn die betreute Person bei der Verrichtung der alltäglichen Grundbedürfnisse von Dritten betreut werden muss, sowie stationäre Langzeitaufenthalte. Als stationäre Langzeitaufenthalte gelten Aufenthalte, bedingt durch den körperlichen Zustand des Betreuten, der keine Aussicht mehr auf Heilung durch ärztliche Behandlung zulässt und das Verbleiben in einer Heilanstalt zur Betreuung und physiotherapeutischen Aufrechterhaltung erfordert;
- die Eingriffe zum Ersatz orthopädischer Prothesen gleich welcher Art;
- die Behandlung von Krankheiten infolge des Missbrauchs von Alkohol oder Psychopharmaka und der nicht therapeutischen Verwendung von Drogen und Halluzinogenen; diesem Ausschluss unterliegen nicht die Personen, die nachweisen

können, erfolgreich eine Entziehungskur wegen Missbrauch von Alkohol oder Drogen durchgeführt zu haben;

- Unfälle infolge der Ausübung von Extrem- und Risikosportarten wie z.B. Flugsport, Motorsport, Automobilsport, Free-Climbing, Rafting und Extrembergsteigen sowie infolge der Teilnahme an den diesbezüglichen offiziellen und nichtoffiziellen Wettbewerben und Trainings;
- durch vorsätzliche Handlungen des Betreuten verursachte Unfälle;
- die mittelbaren oder unmittelbaren Folgen der Umwandlung des Atomkerns, von Strahlungen, die durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen erzeugt werden, und von der Exposition gegenüber ionisierenden Strahlungen;
- die Folgen von Krieg, Aufständen, Erdbewegungen und Vulkanausbrüchen;
- schulmedizinisch nicht anerkannte Leistungen sowie experimentelle Behandlungen und biologische Arzneimittel;
- Folgen von Suizidversuch, Selbstläsionen und vorsätzlichen oder grob fahrlässigen verbrecherischen Handlungen des Betreuten.

\* 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 Bedingungen verstanden.

## 7. | EINIGE WICHTIGE HINWEISE

### 7.1 | Örtlicher Geltungsbereich

Der Gesundheitsplan gilt in der gesamten Welt mit denselben Modalitäten, mit denen er in Italien zur Anwendung kommt.

### 7.2 | Verwaltung der Ausgabenbelege (Rechnungen und Quittungen)

#### Leistungen in privaten und freiberuflich tätigen Einrichtungen.

Die in Kopie erhaltenen Ausgabenbelege sind, wie gesetzlich vorgeschrieben, aufzubewahren und den entsprechenden Anträgen beizulegen.

Falls EMVA das Einreichen der Originale verlangt, hat die betreute Person die Ausgabenbelege im Original an die folgende Adresse von EMVA zu schicken:

**EMVA – Cavourstraße 23E, 39100 Bozen.**

Die dem Erstattungsantrag beigefügten Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verschreibungen, Krankenakten usw.) müssen innerhalb eines Jahres nach dem Datum des Ausgabennachweises in Kopie eingereicht werden. Bei Garantien, die eine Ersatzleistung vorsehen, sind die erforderlichen Unterlagen innerhalb eines Jahres nach dem Datum der Entlassung einzureichen.

EMVA kann nach eigenem Ermessen jederzeit die Einsendung der Originalunterlagen zur Überprüfung verlangen.

Erstattungsanträge sind wie folgt einzureichen:

- bis zum 15.03.2026 per E-Mail an die Adresse [fondoest@emva.it](mailto:fondoest@emva.it).
- ab dem 16.03.2026 ausschließlich über das Portal unter der Website [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest)

EMVA kann nach eigenem Ermessen jederzeit die Einsendung der Originalunterlagen zur Überprüfung verlangen.

Wir weisen darauf hin, dass EMVA im Falle des Erhalts gefälschter oder verfälschter Dokumente unverzüglich die zuständigen Justizbehörden benachrichtigt, damit diese die entsprechenden Überprüfungen vornehmen und gegebenenfalls strafrechtliche Verantwortlichkeiten feststellen können.



**Für alle vom Gesundheitsplan vorgesehenen Leistungen, die nicht unter die Bereiche Krankenhausaufenthalt, Zahnmedizin und Vorsorge fallen, konsultieren**

**Sie bitte ausschließlich: [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it)**

In Anwendung der neuen Bestimmungen des Gesetzesdekrets 209/2005 Art. 185 „Informationen für den Vertragspartner“ teilt das Unternehmen Folgendes mit:

- für den Vertrag gilt italienisches Recht.

Beschwerden bezüglich der Schadenbearbeitung und Entscheidungen über nicht oder nur teilweise erbrachte Leistungen können innerhalb von 60 Tagen nach Abschluss des Falles schriftlich an [emva@pec.it](mailto:emva@pec.it) oder per Einschreiben an **EMVA Körperschaft für wechselseitige Unterstützung – ETS, Cavourstraße 23E, 39100 Bozen (BZ)**, gerichtet werden. EMVA ETS teilt dem Betreuten seine endgültige Entscheidung innerhalb von 60 Tagen nach Eingang der Beschwerde sowie der entsprechenden Unterlagen mit. Die Beschwerde muss folgende Angaben enthalten:

- a) Vor- und Nachname sowie Wohnort des Beschwerdeführers, gegebenenfalls mit Telefonnummer;;
- b) Angabe der Person oder Personen, deren Verhalten beanstandet wird;
- c) kurze Beschreibung des Grundes für die Beschwerde;
- d) alle Unterlagen, die zur vollständigen Beschreibung der Umstände nützlich sind.

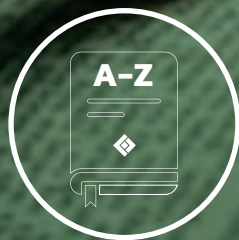
Nützliche Informationen für das Einreichen der Beschwerden sind auf der Website von EMVA unter [www.emva.it/fondoest](http://www.emva.it/fondoest) enthalten. Für Streitfälle in Bezug auf die Höhe der Leistungen und die Haftungsfrage sind ausschließlich die Gerichtsbehörden zuständig; darüber hinaus können, sofern vorhanden, die Schlichtungsstellen angerufen werden.



# GLOSSAR



## FONDO EST VON A BIS Z



### LEISTUNGEN

**AVULSION:** In der Zahnheilkunde Extraktion/Entfernung eines Zahns.

**ÄRZTLICHE LEISTUNG:** Von einem Arzt durchgeführte Leistung.

**DIAGNOSTIK:** Umfasst etliche Untersuchungstechniken zur Feststellung der Pathologie und zur spezifischen Diagnosestellung (z.B. Röntgenaufnahme, Ultraschall-, CT- und MRT-Untersuchung).

**DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG:** Angabe auf einer von einem Arzt oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens ausgestellten ärztlichen Verschreibung, die die bereits festgestellte oder vermutete Diagnose beschreibt. Diese Diagnose erlaubt dem Patienten, die benötigte Gesundheitsleistung in Anspruch zu nehmen.

**DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNG:** Ärztliche instrumentaldiagnostische Leistung zur Untersuchung einiger Körperregionen zwecks Auffindung und/oder Feststellung einer bestimmten Krankheit.

**EINHEITLICHE VORMERKSTELLE:** Abkürzung: CUP (Centro Unico di Prenotazione). Zentrales Datenverarbeitungssystem für das Management der Gesundheitsleistungen (Vor Anmeldung, Terminänderung, Bezahlung) in allen Einrichtungen des Einzugsgebiets.

**EINMALIGE LEISTUNG:** Außerordentliche Zahlung (so genannte „Einmalzahlung“), die weder von regelmäßigem noch dauerhaftem Charakter ist.

**ERMÄSSIGUNGSTARIF:** Ermäßigter Betrag, der in der vertragsgebundenen Einrichtung zu zahlen ist, wenn die Kosten für die vertragsgebundene Leistung unter der vom geltenden Gesundheitsplan vorgesehenen Selbstbeteiligung liegen. Der Anspruch auf den Ermäßigungstarif wird von SiSalute nach einschlägigem Genehmigungsantrag durch den Arbeitnehmer mitgeteilt.

**FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG:** Von einem Arzt erbrachte Leistung, dessen Fachgebiet mit der Erkrankung im Zusammenhang steht, die den Arztbesuch erforderlich machte (z.B.: orthopädische Untersuchung, gynäkologische



Untersuchung, HNO-Untersuchung.

**GEBURTSHILFLICHE KONTROLLE:** Von einer Hebamme/einem Geburtshelfer (entspricht nicht dem Facharzt für Gynäkologie) durchgeführte Visite oder Kontrolle.

**GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN:** Analysen von DNS, RNS, Chromosomen, Metaboliten und anderen Genprodukten zur Feststellung von Abweichungen im Zusammenhang mit Erbkrankheiten.

**GESUNDHEITSPLAN:** Instrument für die detaillierte Kenntnis aller von Fondo Est vorgesehenen Leistungen und der diesbezüglichen Modalitäten für ihre Inanspruchnahme.

**IMPLANTOLOGIE:** Fachbereich der Zahnheilkunde, der sich mit der Wiederherstellung fehlender Zähne durch den Einsatz von Zahnimplantaten beschäftigt.

**INTRAMOENIA:** Privatärztlich erbrachte Leistung innerhalb einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung (siehe **KRANKENHAUSINTERNE FREIBERUFLICHE TÄTIGKEIT**).

**KLINISCHCHEMISCHE ANALYSEN:** Laboruntersuchungen, Blutuntersuchungen zur Feststellung des Allgemeinzustandes des Patienten.

**KRANKENHAUSAUFENTHALT:** Vom Krankenblatt bescheinigter Aufenthalt in einem Krankenhaus, der die Übernachtung umfasst.

**KRANKENHAUSINTERNE FREIBERUFLICHE TÄTIGKEIT:** Privatärztliche Leistungen, die von Ärzten eines öffentlichen Krankenhauses innerhalb einer Krankenhauseinrichtung außerhalb der normalen Arbeitszeit erbracht werden. Die Leistungen werden gegen Entrichtung eines bestimmten vereinbarten Tarifs erbracht. Sie können als privatärztliche Leistungen oder Intramoenia ausgewiesen sein.

**KRANKENHAUSTAGEGELD:** Vereinbarer Betrag für stationäre Aufenthalte in einer Krankenhauseinrichtung.

**LABORUNTERSUCHUNG:** Blutuntersuchungen zur Feststellung des Allgemeinzustandes

des Patienten.

**MIKROBIOLOGISCHE ABSTRICHE:** Untersuchungen zur Auffindung und Bestimmung von Mikroorganismen und ihrer quantitativen Beurteilung.

**MIT FONDO EST VERTRAGSGEBUNDENE GESUNDHEITSEINRICHTUNG:** SEinrichtung (Krankenhaus, Poliambulatorium, Fachzentrum), in der vertragsgebundene Leistungen in Anspruch genommen werden können.

**MULTIFOKALLINSEN:** Linsen, die verschiedene Fehlsichtigkeiten mit einer einzigen Linse innerhalb derselben Linse korrigiert.

**OBBERGRENZE:** Höchstbetrag, der der betreuten Person für eine bestimmte Leistung in Bezug auf einen Zeitraum und/oder ein Ereignis zur Verfügung gestellt wird.

**PLAFOND:** Obergrenze für Kosten und Erstattungsbetrag.

**POSTPARTAL:** Nach der Geburt.

**PRIVATÄRZTLICHE LEISTUNGEN:** Kostenpflichtige privatärztliche Leistungen, die von Ärzten innerhalb der Einrichtung erbracht werden.


**SCHMERZTHERAPIE:** Leistung zur Linderung/Beseitigung von Schmerzzuständen des Patienten.

**SCHWERE ERKRANKUNG:** Ereignis, das zu einer dauerhaften oder zeitweiligen Minderung der Fähigkeiten des Betroffenen führt.

**SELBSTBEHALT:** Betrag, den die betreute Person im Fall eines Antrags auf Erstattung oder vertragsgebundene Leistung selbst zu tragen hat.

**SELBSTBETEILIGUNG:** Betrag, den die betreute Person in Bezug auf eine erbrachte Gesundheitsleistung selbst zu tragen hat.

**TAGESKLINISCHER AUFENTHALT:** Vom Nationalen Gesundheitsdienst gewährter



Krankenhausaufenthalt für die Inanspruchnahme der benötigten ärztlichen Leistungen durch den Patienten innerhalb eines engen zeitlichen Rahmens.

**ZAHNIMPLANTAT:** Chirurgisches Medizinprodukt für die funktionelle und ästhetische Rehabilitation bei Zahnverlust oder angeborenem Zahnmangel, das als Stützhilfe für einen prothetischen Ersatz dient.

## ERSTATTUNGEN

**NICHT ERSTATTBARER MINDESTBETRAG:** Gleichbedeutend mit Selbstbeteiligung. Gibt den Betrag an, der von der betreuten Person für eine erbrachte Gesundheitsleistung zu zahlen ist.

**VORGANG EINGEGANGEN:** Vorgang im Wartestatus auf Annahme.

**WARTEN AUF ZAHLUNG:** Vorgang wurde bearbeitet, aber noch nicht bezahlt.

## VORANMELDUNGEN

**ANNAHME:** Bestätigung des Voranmeldesystems nach Eingabe einer Voranmeldung. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Genehmigung mit der Genehmigungsnummer für die Inanspruchnahme der beantragten Leistung.

**GENEHMIGUNG:** Bestätigung via E-Mail oder SMS. Die Bestätigung umfasst die Genehmigungsnummer für die Inanspruchnahme der vertragsgebundenen Leistung.

## UNTERLAGEN

**ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG/ÄRZTLICHES REZEPT/ÄRZTLICHE BEWILLIGUNG:** Von einem Arzt oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens ausgestelltes Dokument, das dem Patienten die Voranmeldung für eine benötigte Gesundheitsleistung erlaubte.

**GESUNDHEITSTICKET:** Vom Nationalen Gesundheitsdienst ausgestellter Kostenbeleg, der den direkten Kostenanteil der Bürger an den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung durch den Staat und die Region angibt.

**KEB (KRANKENHAUSENTLASSUNGSBOGEN):** Dokument mit Informationen zum Patienten, der aus einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus im gesamten Staatsgebiet entlassen wurde.

**KONFORMITÄTSERKLÄRUNG:** Dokument, das die Herstellung des erworbenen Hilfsmittels im Einklang mit den Vorschriften der geltenden Norm bescheinigt.

**KOSTENERSTATTUNGSFORMULAR:** Papierbasiertes Formular, das vollständig ausgefüllt werden muss und für die Beurteilung des Erstattungsantrags notwendig ist. Es ist gemeinsam mit den vorgesehenen ärztlichen Unterlagen per Post zu versenden. Download auf der Website <https://www.fondoest.it/content/moduli-di-rimborso>.

**KRANKENBLATT:** Unterlagen mit den notwendigen ärztlichen Informationen zur Ermittlung des spezifischen Diagnose- und Behandlungsweges des Patienten.

**RECHNUNG FÜR PRIVATÄRZTLICHE LEISTUNGEN:** Kostenbeleg für privatärztliche Gesundheitsleistungen, die von einem Arzt außerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes erbracht wurden.

**VERMUTETE ODER FESTGESTELLTE KRANKHEIT:** Festgestelltes oder vermutetes gesundheitliches Problem, das der Grund für den von einem Arzt oder einer anderen Fachkraft des Gesundheitswesens ausgestellten Antrag auf eine bestimmte Gesundheitsleistung ist (siehe **DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG**).

**VERSCHREIBUNG VOM AUGENARZT:** Verschreibung von einem Augenarzt mit Angabe des Sehfehlers und der fehlenden Dioptrien.

**VERSCHREIBUNG VOM AUGENOPTIKER:** Verschreibung von einem Augenoptiker mit Angabe des Sehfehlers und der fehlenden Dioptrien.



## RESERVIERTER BEREICH

**RESERVIERTER BEREICH:** Login-Bereich, für dessen Zugang ein Benutzername und ein Passwort erforderlich sind. In diesem Bereich können Voranmeldungen von Gesundheitsleistungen vorgenommen, Erstattungsanträge eingegeben, der eigene Betreuungsschutz geprüft und die persönlichen Daten geändert werden.

## BETREUUNGSSCHUTZ

**DECKUNGSMANGEL:** Zeitraum, in dem kein Betreuungsschutz vorhanden ist und die vom geltenden Gesundheitsplan erbrachten Leistungen daher nicht in Anspruch genommen werden können.

**FREIWILLIGE EINZAHLUNG:** Zahlung der Rate an Fondo Est durch bereits betreute Personen, die normalerweise den Betreuungsschutz nicht in Anspruch nehmen können, weil ihr Arbeitsverhältnis aufgehoben ist. Ausführliche Informationen hierzu finden Sie auf der Website <https://www.fondoest.it/faq/versamento-volontario>.

**KARENZFRIST:** Zeitraum zwischen der Betreuungsanmeldung des Arbeitnehmers durch den Betrieb und den tatsächlichen Beginn der Laufzeit des vom Gesundheitsplan vorgesehenen Betreuungsschutzes.

**LEISTUNGSABDECKUNG:** Gibt die Monate an, in denen die vom geltenden Gesundheitsplan erbrachten Leistungen in Anspruch genommen werden können.

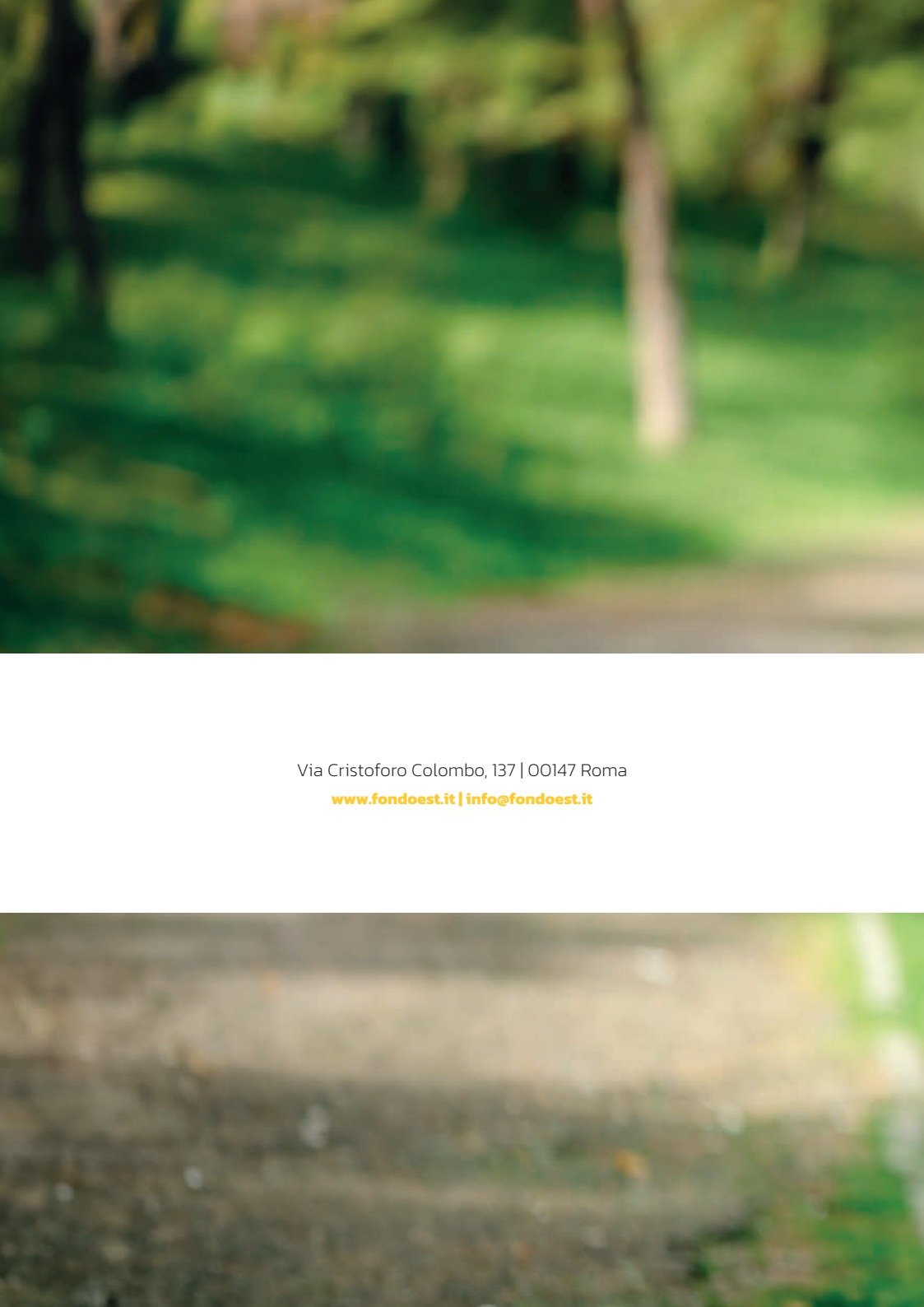
**BETREUUNGSMELDUNG:** Anmeldung durch den Betrieb bei Fondo Est.

## SISALUTE – UNISALUTE – EMVA FÜR FONDO EST

**EMVA:** Von Fondo Est beauftragte wechselseitige Körperschaft für die Abwicklung eines Teils der Gesundheitsleistungen für betreute Arbeitnehmer in ausschließlich jenen Fällen, in denen sich der Firmensitz des Betriebes in der Provinz Bozen befindet.

**SISALUTE:** Service für Fondo Est zur Erbringung vertragsgebundener fachärztlicher und diagnostischer Untersuchungen.

**UNISALUTE S.P.A.:** Von Fondo Est beauftragte Gesellschaft für die Abwicklung eines Teils der Gesundheitsleistungen für betreute Arbeitnehmer. Ausführliche Informationen finden Sie auf der Website <https://www.fondoest.it/content/guida>



Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Roma  
[www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) | [info@fondoest.it](mailto:info@fondoest.it)