NEUER GESUNDHEITSPLAN UNICO PLUS

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

Für Mitglieder der Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen

SANEDIL-FONDS
Gesundheitsfonds
für Bauarbeiter

Gemäß den neuen Bestimmungen des Legislativdekrets 209/2005 Art. 185 „Informationspflicht gegenüber dem Versicherten" möchten wir Sie über Folgendes informieren:

- für den Vertrag gilt italienisches Recht;
- eventuelle Beschwerden in Bezug auf das Vertragsverhältnis oder die Abwicklung der Versicherungsfälle sind schriftlich an folgende Adresse zu richten:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami (Beschwerdestelle), Via Larga 8 - 40138 Bologna - Fax 051 - 7096892 - E-Mail reclami@unisalute.it.

Wenn Sie mit dem Ergebnis der Beschwerde nicht zufrieden sind oder nach 45 Tagen noch keine Antwort erhalten haben, können Sie sich an folgende Stelle wenden: IVASS (Versicherungsaufsichtsbehörde), Servizio tutela degli utenti (Abteilung für Versichertenschutz), Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Telefon 06.42.133.1. Die an IVASS gerichteten Beschwerden müssen folgende Angaben enthalten:

a) Vor-und Nachname, Adresse der beschwerdeführenden Person, eventuelle Telefonnummer;
b) Angabe der Person bzw. Personen, deren Leistung/Service reklamiert werden soll;
c) kurze Beschreibung des Beschwerdegrundes;
d) Kopie der eingereichten Beschwerde und der eventuellen Antwort der Gesellschaft;
e) Alle Unterlagen, die der genaueren Beschreibung der Umstände dienen können.

Die für eine Beschwerde relevanten Informationen finden Sie auch auf der Website der Gesellschaft: www.fondosanedil.it. Wir möchten darauf hinweisen, dass für Rechtsstreitigkeiten über die Bemessung der Leistungen und die Zuweisung von Verantwortlichkeiten ausschließlich die Justizbehörden zuständig sind; darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme eventuell vorhandener Schlichtungsverfahren.

Garant der Leistungen des Gesundheitsplans:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

LEITFADEN

zum **Gesundheitsplan**

Für Mitglieder der Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen

Dieses Handbuch wurde erstellt, um als schnelles Nachschlagewerk zu dienen. Es ersetzt nicht den Vertrag, sondern erläutert nur dessen wichtigste Inhalte. Bitte nehmen Sie Bezug auf die Vertragsunterlagen, wenn Sie sich genau und umfassend über die Vertragsbedingungen informieren möchten.

IM FOLGENDEN ZEITRAUM WIKRSAMER VERSICHERUNGSSCHUTZ

01/01/2026 - 01/01/2027

NEUER GESUNDHEITSPLAN UNICO PLUS

INHALTSVER-ZEICHNIS

P. 6 WILLKOMMEN

P. 6 FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT

P. 7 DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPLANS

P. 8 KRANKENHAUSAUFENTHALT MIT STATIONÄRER AUFNAHME FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE GEMÄSS BEILIEGENDEM VERZEICHNIS, NACH EINER KRANKHEIT ODER EINEM UNFALL

- Krankentransport
- Transplantationen
- Säuglinge
- Ersatzleistung inklusive Leistungen vor und nach stationärer Aufnahme
- Jährliche Kostenobergrenze für den Bereich der stationären Aufnahme

P. 11 HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN

P. 14 FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

P. 15 GESUNDHEITSTICKET FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND NOTAUFNAHME

P. 15 REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

- Rehabilitative Physiotherapie nach Unfällen
- Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen

P. 16 BESONDERE ZAHNHEILKUNDLICHE LEISTUNGEN

P. 17 IMPLANTOLOGIE

- Einsatz von drei oder mehr Implantaten
- Einsatz von zwei Implantaten
- Einsatz eines Implantats

P. 18 EXTRAKTION VON BIS ZU MAXIMAL 4 ZÄHNEN

P. 19 KIEFERORTHOPÄDIE

P. 19 AMBULANTE ZAHNCHIRURGISCHE EINGRIFFE
P. 20 KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN
P. 21 HERAUSNEHMBARER ZAHNERSATZ
P. 21 BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN
P. 23 ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN
P. 23 SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN
P. 24 GESUNDHEITSMONITOR-SERVICE
Fachärztliche und diagnostische Untersuchungen für chronische Erkrankungen
P. 25 MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT
P. 25 LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN UNISALUTE-TARIFEN

P. 25 **LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE**

P. 27 **WICHTIGE HINWEISE**
P. 27 TERRITORIALE GÜLTIGKEIT
P. 27 ALTERSGRENZEN
P. 27 KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)

P. 28 **LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE**

LEITFADEN
zum **Gesundheitsplan**

WILLKOMMEN

Der **“Leitfaden zum Gesundheitsplan”** ist ein praktisches Nachschlagewerk und dient zum besseren Verständnis und der richtigen Nutzung des Versicherungsschutzes. Es empfiehlt sich, die Hinweise im Leitfaden bei Inanspruchnahme des Gesundheitsplans immer zu befolgen.

FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT

Der Gesundheitsplan gilt für Arbeitnehmer mit regulärer Mitgliedschaft bei einer Bausparkasse der Autonomen Provinz Bozen und im Sanedil-Fonds, für die einer der unter Art. 1 der Fonds-Satzung genannten Tarifverträge Anwendung findet, oder die bei Unternehmen angestellt sind, die Mitglied bei einer aus Gründungsparteien des Fonds bestehenden Bauarbeiterkasse/EdilCassa sind, sowie für die steuerlich auf diesen Arbeitnehmern lastenden Kernfamilien, worunter der Ehepartner und die Kinder zu verstehen sind, die steuerlich auf dem Arbeitnehmer lasten und in dessen Bescheinigung über die meldeamtliche Haushaltsgemeinschaft (Familienbogen) eingetragen sind.

DIE LEISTUNGEN
DES GESUNDHEITSPLANS

NEUER GESUNDHEITSPLAN UNICO PLUS

Der **Gesundheitsplan** gilt für folgende Leistungen bei Krankheitsfällen und Unfällen während der Wirksamkeit des Gesundheitsplans:

- **AUFENTHALTE IN EINEM KRANKENHAUS/HEILINSTITUT WEGEN EINES GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFS;**
- **HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN;**
- **FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN;**
- **GESUNDHEITSTICKET FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND NOTAUFNAHME;**
- **REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE;**
- **BESONDERE ZAHNHEILKUNDLICHE LEISTUNGEN;**
- **IMPLANTOLOGIE;**
- **EXTRAKTION VON BIS ZU MAXIMAL 4 ZÄHNEN;**
- **KIEFERORTHOPÄDIE;**
- **AMBULANTE ZAHNCHIRURGISCHE EINGRIFFE;**
- **KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN;**
- **HERAUSNEHMBARER ZAHNERSATZ;**
- **BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN;**
- **ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN;**
- **SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN;**
- **GESUNDHEITSMONITOR;**
- **MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT.**

KRANKENHAUSAUFENTHALT MIT STATIONÄRER AUFNAHME FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE GEMÄSS BEILIEGENDEM VERZEICHNIS, NACH EINER KRANKHEIT ODER EINEM UNFALL

Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Unter stationärer Aufnahme versteht sich der Aufenthalt in Krankenhäusern/Heilinstituten mit Übernachtung; der alleinige Dienst der Notaufnahme stellt keine stationäre Aufnahme dar. Bei stationärer Aufnahme für einen der im folgenden Abschnitt „Liste der chirurgischen Eingriffe" genannten chirurgischen Eingriffe kann das Mitglied folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

VORSTATIONÄRE LEISTUNGEN

Labor-, diagnostische und fachärztliche Untersuchungen in den **50 Tagen** vor der stationären Aufnahme, soweit die Krankheit oder der Unfall, die zu einer stationären Aufnahme führen, diese Untersuchungen erforderlich machen.
Dieser Versicherungsschutz wird nur in Form einer Rückzahlung geleistet und sieht ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr und Kernfamilie für die vorstationären Kosten und die Kosten der nachstationären Leistungen vor.

CHIRURGISCHER EINGRIFF

Honorare des Operateurs, des Hilfschirurgen, des Assistenten, des Anästhesisten und aller anderen Personen, die am Eingriff teilnehmen (und aus dem Operationsbefund hervorgehen); Gebühren für den Operationssaal und das Operationsmaterial einschließlich der Endoprothesen.

MEDIZINISCHE BETREUUNG, ARZNEIMITTEL, BEHANDLUNGEN

Leistungen von Ärzten und Pflegepersonal, medizinische und fachärztliche Beratungen, Arzneimittel, Untersuchungen und Diagnostik, Physiotherapie und Rehabilitation **während des stationären Aufenthalts**.

TAGESSATZ

Wahlleistungen sind im Versicherungsschutz nicht inbegriffen.
Bei stationärem Aufenthalt in einem nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Krankenhaus/Heilinstitut werden **pro Tag** bis zu **300,00 €** der anfallenden Kosten erstattet.

BEGLEITPERSON

Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson im Krankenhaus/Heilinstitut oder in einem Beherbergungsbetrieb.
Bei stationärem Aufenthalt in einem nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Krankenhaus/Heilinstitut werden **pro Tag** maximal **50,00 €** für eine Dauer von höchstens **30 Tagen** pro stationärem Aufenthalt erstattet.

PRIVATE INDIVIDUELLE KRANKENPFLEGE

Private individuelle Krankenpflege bis maximal **60,00 €** pro Tag für höchstens **30 Tage** pro stationärem Aufenthalt. Diese Versicherungsleistung wird ausschließlich in Form von Kostenerstattungen gewährt.

NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN

Untersuchungen und Diagnostik, Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Leistungen sowie Krankenpflege (letztere nur bei Bescheinigung der Notwendigkeit dieser Leistungen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Heilanstalt), physiotherapeutische, rehabilitative und Thermalbehandlungen (Beherbergungskosten sind in jedem Fall ausgenommen), die in den **50 Tagen** nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Heilin-

stitut durchgeführt werden, sofern diese aufgrund der Krankheit oder dem Unfall, der zum stationären Aufenthalt geführt hat, notwendig sind. Im Versicherungsschutz inbegriffen sind die vom behandelnden Arzt bei der Entlassung aus dem Krankenhaus/Heilinstitut verschriebenen Arzneimittel.
Es gilt ein gemeinsames Sublimit von **1.000,00 €** pro Jahr und Kernfamilie für diese Kosten und die unter den vorstationären Leistungen vorgesehenen Kosten.

a1) Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil-Fonds, die von vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden
In diesem Fall werden die Kosten für erbrachte Leistungen vom Sanedil-Fonds über Unisalute direkt an die vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen bezahlt, ohne dass nichtentschädigungsfähige Beträge anfallen; davon ausgenommen sind folgende Beträge:

- Punkt „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme wegen eines großen chirurgischen Eingriffs nach Krankheit oder Unfall“:
  - Lit. „Vorstationäre Leistungen“
  - Lit. „Private individuelle Krankenpflege”
- Punkt „Krankentransport“
  diese Beträge werden dem Mitglied im Rahmen der in den entsprechenden Abschnitten angegebenen Grenzen erstattet; ausgenommen sind außerdem folgende Beträge:
- Punkt „Säuglinge“
  diese Beträge werden im Rahmen der im entsprechenden Abschnitt angegebenen Grenzen an die vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung bezahlt.

a2) Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil-Fonds, die von nichtvertragsgebundenen Ärzten erbracht werden
Wird ein chirurgischer Eingriff in einer vertragsgebundenen Einrichtung von nichtvertragsgebundenem Personal vorgenommen, werden die entsprechenden Kosten für die stationäre Aufnahme nach denselben Modalitäten und Bedingungen erstattet, die für eine stationäre Aufnahme in nicht-vertragsgebundenen Einrichtungen vorgesehen sind (Punkt b).

b) Leistungen in nicht-vertragsgebundenen privaten oder öffentlichen Gesundheitseinrichtungen
Die Kosten für diese Leistungen werden im Rahmen der Grenzen erstattet, die unter Punkt a1) „Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil-Fonds, die von vetragsgebundenen Ärzten erbracht werden“ angegeben sind.

c) Leistungen in Strukturen des Nationalen Gesundheitsdienstes
Bei stationärer Aufnahme in Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes oder von diesem für Direktleistungen akkreditierten Einrichtungen und daraus folgender Übernahme aller Kosten durch den Nationalen Gesundheitsdienst, findet der im Punkt „Ersatzleistung“ vorgesehene Versicherungsschutz Anwendung.
Wenn dem Mitglied während der stationären Aufnahme Beherbergungskosten oder Gesundheitstickets anfallen, erstattet der Fonds diese in dem unter den verschiedenen Punkten vorgesehenen Rahmen vollständig und zusätzlich zum Gesamtbetrag der Ersatzleistung. Erfolgt die stationäre Aufnahme im Rahmen einer freiberuflichen Arzttätigkeit innerhalb eines Krankenhauses, bei der das Mitglied die entsprechenden Kosten trägt, werden diese Kosten gemäß Lit. a) „Leistungen in privaten oder öffentlichen vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil-Fonds, die von vertragsgebundenen Ärzten erbracht werden“ oder b) „Leistungen in nicht-vertragsgebundenen privaten oder öffentlichen Gesundheitseinrichtungen“ erstattet.

KRANKENTRANSPORT

Der Fonds erstattet die Kosten für den Transport des Mitglieds im Rettungswagen mit mobiler Koronarstation und mit einem Ambulanzflugzeug zum Krankenhaus/Heilinstitut, für die Verlegung von einem Krankenhaus/Heilinstitut zu einem anderen und für den Rücktransport nach Hause im Rahmen von maximal **500,00 €** pro stationärer Aufnahme.

TRANSPLANTATIONEN

Bei Transplantation eines Organs oder Teilorgans übernimmt der Fonds die in den Abschnitten „Krankenhausaufenthalt mit stationärer Aufnahme wegen eines großen chirurgischen Eingriffs nach Krankheit oder Unfall" und „Krankentransport" vorgesehenen Kosten im Rahmen der dort angegebenen Leistungsobergrenzen, sowie die für die Entnahme des Spenderorgans notwendigen Kosten einschließlich Transport des Spenderorgans.
Während der vorstationären Zeit sind auch pharmakologische Behandlungen zur Vorbeugung einer Organabstoßung inbegriffen.
Im Falle einer Lebendspende deckt der Versicherungsschutz die Kosten für die folgenden während der stationären Aufnahme erbrachten Leistungen für den Spender:

- Diagnostische Untersuchungen;
- Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal;
- Chirurgischer Eingriff;
- Behandlungen;
- Medikamente;
- Tagessätze.

SÄUGLINGE

Der Sanedil-Fonds bezahlt über Unisalute die Kosten für chirurgische Eingriffe in den ersten 3 Lebensjahren des Säuglings zur Korrektur angeborener Fehlbildungen*, einschließlich der ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen vor und nach dem Eingriff sowie des Tagessatzes für Übernachtung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus/Heilinstitut oder in einem Beherbergungsbetrieb während der Zeit des stationären Aufenthalts, bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von **10.000,00 €** pro Säugling.

ERSATZLEISTUNG INKLUSIVE LEISTUNGEN VOR UND NACH STATIONÄRER AUFNAHME

Wenn das Mitglied vom Fonds weder für die stationäre Aufnahme (gemäß beiliegendem Verzeichnis) noch für andere mit der stationären Aufnahme verbundene Leistungen (unter Ausnahme eventueller Beherbergungskosten während der stationären Aufnahme oder Gesundheitstickets) eine Erstattung fordert, ist es zum Erhalt eines Tagegelds von **150,00 €** pro Tag des Krankenhausaufenthalts für einen Zeitraum von maximal 90 Tagen pro stationäre Aufnahme berechtigt.
Anm.: Der erste und letzte Tag des Krankenhausaufenthalts werden als ein einziger betrachtet, egal zu welcher Uhrzeit Aufnahme und Entlassung erfolgen.
Die Kosten für die Leistungen vor und nach der stationären Aufnahme werden in diesem Fall ohne Anrechnung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen erstattet und unterliegen einer jährlichen Obergrenze von **1.000,00 €** pro Jahr und Kernfamilie.

JÄHRLICHE KOSTENOBERGRENZE FÜR DEN BEREICH DER STATIONÄREN AUFNAHME

Der Gesundheitsplan sieht eine jährliche Kostenobergrenze vor, die **90.000,00 €** pro Mitgliedsjahr beträgt, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, und **135.000,00 €**, wenn sich der Versicherungsschutz auch auf die Kernfamilie erstreckt. Sobald dieser Betrag während eines Jahres erreicht wird, können daher keine weiteren Leistungen mehr in Anspruch genommen werden. Der Versicherungsschutz greift ab dem darauffolgenden Jahr wieder für Ereignisse, die im neuen Zeitraum auftreten. Für Ereignisse, die im Jahr davor angefallen sind, kann jedoch keine Erstattung mehr vorgenommen werden.

HOCHSPEZIALISIERTE LEISTUNGEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds die Kosten für folgende außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistungen:

Konventionelle Radiologie (ohne Kontrastmittel)
- Röntgenuntersuchungen des Stütz- und Bewegungsapparats
- Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verordnung, aber nicht die Krankheit erforderlich ist)
- Beidseitige Mammographie (es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leistung nur die ärztliche Verordnung, aber nicht die Krankheit erforderlich ist)
- Orthopantomogramm
- Röntgen der Wirbelsäule in toto
- Röntgen des Organapparats
- Intraorale Röntgenaufnahmen
- Röntgen der Speiseröhre
- Röntgen der Speiseröhre Direktuntersuchung
- Serienröntgenaufnahme des Dünndarms
- Röntgen des Verdauungstrakts
- Röntgen des oberen Verdauungstrakts
- Röntgen des unteren Verdauungstrakts

Konventionelle Radiologie (mit Kontrastmittel)
- Arthrographie
- Bronchographie
- Kavernosographie
- Zisternographie
- Doppelkontrast-Zystographie
- Minktionszystourethrographie
- Kolonkontrasteinlauf mit Doppelkontrastdarstellung
- Cholangiographie/perkutane Cholangiographie
- Retrograde Cholangiopankreatikographie
- Cholezystographie
- Kolpographie
- Koronarangiographie
- Dakryozystographie
- Defäkographie
- Diskographie
- Urodynamische Untersuchung
- Fistolographie

- Phlebographie
- Fluorangiographie
- Galaktographie
- Hysteroalpinographie und/oder Sonohysterosalpingographie und/oder Sonohysterographie und/oder Sonosalpingographie
- Lymphographie
- Myelographie
- Pneumoenzephalographie
- Alle kontrastgrafischen Untersuchungen der interventionellen Radiologie
- Röntgen der Speiseröhre mit Breischluck/Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen des Dünndarms mit Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen des Magens mit Doppelkontrastdarstellung
- Röntgen des Dünndarms mit Doppelkontrastdarstellung und selektiver Dünndarmpassage
- Röntgen des kompletten Verdauungstrakts einschließlich Speiseröhre mit Kontrastmittel
- Sialographie mit Kontrastmittel
- Splenoportographie
- Urethrozystographie
- Urographie
- Vesikulodeferentographie
- Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)

Bildgebende Diagnostik

Ultraschall
- Ultraschalluntersuchung der Brust
- Beckenultraschalluntersuchung auch mit transvaginaler Sonde
- Transrektale Prostatasonographie

Farbkodierte Dopplersonographie
- Dopplersonographie mit Farbkodierung
- Farbkodierte Dopplersonographie der oberen und unteren Gliedmaßen
- Farbkodierte Dopplersonographie der Bauchaorta
- Farbkodierte Dopplersonographie der supraortalen Gefäße

Bildgebende Hochleistungsdiagnostik

Computertomographie (CT)
- CT-Angiographie
- CT-Angiographie exo- und intrakranieller Abschnitte
- Mehrschicht-Spiral-CT (64 Schichten)
- CT mit und ohne Kontrastmittel

Magnetresonanztomographie (MRT)
- Kardio-MRT mit Cine-Sequenzen
- Angio-MRT mit Kontrastmittel
- NMR mit und ohne Kontrastmittel

PET (Positronen-Emissions-Tomographie)
- Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach Organ-Bereich/Apparat

Szintigraphie (nuklearmedizinisches „In-vivo"-Verfahren)
- Szintigraphie jeglicher Apparate oder Organe (einschließlich Myokardszintigraphie)
- Nuklearmedizinische „In-vivo"-Verfahren
- SPECT-Myokardszintigraphie
- Ganzkörperszintigraphie mit markierten autologen Zellen

Instrumentelle Diagnostik
- Kampimetrie
- Dynamisches Elektrokardiogramm (EKG) mit Analoggeräten (Holter)
- Elektroenzephalogramm
- Schlafentzug-EEG
- Dynamisches Langzeit-Elektroenzephalogramm (24-Stunden-EEG)
- Elektromyographie (EMG)
- Elektroretinogramm
- Kontinuierliche (24 Stunden) Blutdrucküberwachung
- pH-Metrie der Speiseröhre und des Magens
- Evozierte Potentiale
- Spirometrie
- Hornhaut-Topographie zur instrumentellen Kartierung der Hornhaut

Biopsien
- Alle

Diagnostische und operative Endoskopien
- Diagnostische endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)
- Diagnostische Zystoskopie
- Ösophagogastroduodenoskopie
- Diagnostische Pankoloskopie
- Diagnostische Rektoskopie
- Diagnostische Rektosigmoidoskopie
- Diagnostische Tracheo-Bronchoskopie

Sonstige
- Sentinel-Lymphknotenbiopsie
- Arterielle Blutgasanalyse
- Lasertherapie zu physiotherapeutischen Zwecken
- Endoskopische bronchoalveoläre Lavage
- Suche nach dem Sentinel-Lymphknoten und Referenzpunkt

Therapien
- Chemotherapie
- Strahlungstherapie
- Dialyse

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Im Falle der Inanspruchnahme vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds bezahlt der Sanedil-Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen über Unisalute direkt an die Einrichtungen, während das Mitglied für jede diagnostische Untersuchung und jeden Therapiezyklus zum Zeitpunkt der Nutzung der Leistung eine Selbstbeteiligung von **35,00 €** an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen muss. Das Mitglied muss der Gesundheitseinrichtung außerdem die Verordnung des behandelnden Arztes vorlegen, in der die Erkrankung oder der Diagnoseverdacht angegeben ist.

Bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern, die nicht vertraglich für den Sanedil-Fonds an UniSalute gebunden sind, werden die anfallenden Kosten unter Anwendung eines Selbstbehalts von 35,00 € pro Leistung bzw. Therapiezyklus erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets ohne Anwendung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen.

Für diesen Versicherungsschutz stehen **7.000,00 €** pro Versicherungsjahr zur Verfügung, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder **10.500,00 €**, wenn sich der Versicherungsschutz auch auf die Kernfamilie erstreckt.

Für Leistungen der Kategorie „Diagnostische und operative Endoskopien" ist ein jährliches Sublimit von **500,00 €** vorgesehen, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder von **750,00 €**, wenn er sich auch auf die Kernfamilie erstreckt.

FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Sanedil-Fonds bezahlt über UniSalute die Kosten für fachärztliche Untersuchungen, die infolge einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind; davon ausgenommen sind zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen. Unter den Versicherungsschutz fällt ausschließlich eine erste psychiatrische Untersuchung, mit der das Vorhandensein eventueller Pathologien festgestellt werden soll.
Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.
Auf den Kostenbelegen (Rechnungen und Quittungen) muss die Fachrichtung des Arztes vermerkt sein; diese muss zu Erstattungszwecken der angegebenen Erkrankung entsprechen.

Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds, bezahlt der Sanedil-Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei für jede fachärztliche Untersuchung ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von **25,00 €** anfällt.
Bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern, die nicht vertraglich für den Sanedil-Fonds an UniSalute gebunden sind, werden die anfallenden Kosten unter Anwendung eines Selbstbehalts von 25,00 € pro Leistung bzw. Therapiezyklus erstattet.
Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets ohne Anwendung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen.

Für diesen Versicherungsschutz stehen **1.050,00 €** pro Versicherungsjahr zur Verfügung, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder **1.575,00 €**, wenn er sich auch auf die Kernfamilie erstreckt.

GESUNDHEITSTICKET FÜR DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN UND NOTAUFNAHME

Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Fonds erstattet die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets für Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes infolge von Krankheiten oder Unfällen ohne Anwendung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen:

- für diagnostische Untersuchungen (die nicht unter „Hochspezialisierte Leistungen" vorgesehen sind)
- für Leistungen der Notaufnahme.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **500,00 €** pro Versicherungsjahr zur Verfügung, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder **750,00 €**, wenn sich der Versicherungsschutz auch auf die Kernfamilie erstreckt.

REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE

Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Pro Versicherungsjahr stehen für die unter den Punkten „Rehabilitative Physiotherapie nach Unfällen" und „Rehabilitative Physiotherapie nach Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen" genannten Leistungen insgesamt **350,00 €** zur Verfügung, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder **525,00 €**, wenn sich der Versicherungsschutz auch auf die Kernfamilie erstreckt.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds** bezahlt der Sanedil-Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei für jeden Therapiezyklus ein nicht-erstattungsfähiger Mindestbetrag von **25,00 €** anfällt.

Im Falle der Nutzung von nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeitern werden die entstandenen Kosten unter Anwendung eines Selbstbehalts von 25,00 € pro Leistung/Therapiezyklus erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets ohne Anwendung von Selbstbehalten und Selbstbeteiligungen.

REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH UNFÄLLEN

Abweichend von den Bestimmungen unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds die Zahlung der Kosten für physiotherapeutische Leistungen nach Unfällen, die ausschließlich der Rehabilitation dienen, wenn eine Bescheinigung der Notaufnahme vorliegt, vorausgesetzt, sie wurden vom Hausarzt oder von einem Facharzt mit Spezialisierung auf dem Gebiet, unter das die betreffende Erkrankung fällt, verordnet und durch Ärzte ausgeführt oder durch Angehörige eines Gesundheitsberufs mit entsprechender Berufsbefähigung, deren Qualifikation durch den Kostenbeleg nachgewiesen wird.

Vom Versicherungsschutz sind außerdem Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Gesundheitshotels, Medical Hotels oder Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch wenn diese an ein medizinisches Zentrum angeschlossen sind.

REHABILITATIVE PHYSIOTHERAPIE NACH KRANKHEITEN, DIE ZU VORÜBERGEHENDER INVALIDITÄT FÜHREN

Abweichend von den Angaben unter Punkt 18 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds nach einer der im unten stehenden Verzeichnis angegebenen Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen, die Zahlung der Kosten für physiotherapeutische Leistungen, die ausschließlich der Rehabilitation dienen, vorausgesetzt, sie wurden vom Hausarzt oder von einem Facharzt mit Spezialisierung auf dem Gebiet, unter das die betreffende Erkrankung fällt, verordnet und durch Ärzte ausgeführt oder durch Angehörige eines Gesundheitsberufs mit entsprechender Berufsbefähigung, deren Qualifikation durch den Kostenbeleg nachgewiesen wird.
Vom Versicherungsschutz sind außerdem Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Gesundheitshotels, Medical Hotels oder Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch wenn diese an ein medizinisches Zentrum angeschlossen sind.

Verzeichnis der Krankheiten, für die der Versicherungsschutz gilt:
- Kardiovaskuläre Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Neurologische Krankheiten, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Eingriffe zur prothetischen Versorgung von Gliedmaßen, die zu vorübergehender Invalidität führen
- Hochgradige pathologische Frakturen, die zu vorübergehender Invalidität führen

BESONDERE ZAHNHEILKUNDLICHE LEISTUNGEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds die Kosten des besonderen zahnärztlichen „Leistungspakets", das einmal jährlich bei von der Servicezentrale genannten vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von UniSalute für den Sanedil-Fonds nach Voranmeldung, oder in nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen sowie beim Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch genommen werden kann. Die unten genannten Leistungen dieses „Pakets" dienen der Überwachung eventueller Krankheitszustände, die sich noch nicht manifestiert haben, und können bei Personen mit familiärer Prädisposition voraussichtlich von besonderem Nutzen sein.
Zahnsteinentfernung, gegebenenfalls mit Kontrolluntersuchung der Zähne durch Ultraschall oder bei Bedarf durch eine andere Mundhygiene-Behandlung.

Wenn der Arzt aufgrund des besonderen klinischen und/oder Krankheitszustands des Mitglieds in Übereinstimmung mit dem Fonds die Notwendigkeit feststellt, im Laufe des gleichen Mitgliedsjahres eine zweite Behandlung zur Entfernung von Zahnstein durchzuführen, übernimmt der Fonds auch diese zweite Leistung auf die im Folgenden angegebene Art und Weise, wie bereits im Falle der vorherigen Leistung. Bei Nutzung einer vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung von UniSalute für den Sanedil-Fonds muss UniSalute vorab über die zweite Behandlung informiert werden.

Weitere ggf. gewünschte Leistungen müssen hingegen vom Mitglied getragen werden (z. B. Fluoridierung, Glätten und Polieren der Zahnwurzeln, Glätten der Zahnoberflächen unter dem Sulkus [Zahnfleischrand] etc.).

Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds bezahlt der Sanedil-Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei

ein Selbstbehalt von 25 % anfällt, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.
Im Falle der Nutzung von nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern werden einmal pro Jahr anfallende Kosten mit einem Selbstbehalt von **25,00 €** pro Rechnung/Person erstattet.
Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst oder von diesem akkreditierte Einrichtungen nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets vollständig.

IMPLANTOLOGIE
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds die Kosten für folgende Leistungen:

Für Leistungen der Zahnimplantologie stehen pro Versicherungsjahr für das Mitglied und seine Kernfamilie zusammen insgesamt **2.000,00 €** zur Verfügung.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.

Im Falle der Inanspruchnahme von **nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeitern** werden die Kosten bis zu einem jährlichen Sublimit von **1.715,00 €** ohne Anrechnung eines nicht-erstattungsfähigen Betrags erstattet.
Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.
Bitte beachten Sie:
- für die Auszahlung müssen die vor und nach der Versorgung mit den Implantaten erstellten Röntgenaufnahmen und -befunde eingereicht werden.

Im Falle der Nutzung von **nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern** muss auch das spezifische Antragsformular mit dem vom Zahnarzt erstellten klinischen Tagebuch eingereicht werden.

EINSATZ VON DREI ODER MEHR IMPLANTATEN

Der Versicherungsschutz gilt für drei oder mehr Implantate, die im Rahmen desselben Behandlungsplans vorgesehen sind.
Unter den Versicherungsschutz fallen die Positionierung des Implantataufbaus, des endgültigen Elements, des provisorischen Elements und der Schraube oder des Stifts der drei (oder mehr) Implantate.

› Wenn die Gesamtkosten der im Behandlungsplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.

EINSATZ VON ZWEI IMPLANTATEN

Für den Einsatz von zwei Implantaten im Rahmen ein und desselben Heilplans ist ein jährliches Kostensublimit von **1.250,00 €** pro Person vorgesehen.
Unter den Versicherungsschutz fallen die Positionierung des Implantataufbaus, des endgültigen Elements, des provisorischen Elements und der Schraube oder des Stifts der beiden Implantate.
Wenn die Gesamtkosten der im Behandlungsplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.
Im Falle der Nutzung nicht mit UniSalute vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeiter beträgt das jährliche Sublimit für den Einsatz von zwei Implantaten **1.000,00 €** pro Person.

- Wenn sich nach Inanspruchnahme des im Punkt „Einsatz eines Implantats" vorgesehenen Versicherungsschutzes im gleichen Versicherungsjahr die Notwendigkeit eines zweiten Implantats ergibt, wird dieses im Rahmen des für den Versicherungsschutz für zwei Implantate vorgesehenen Sublimits von **1.250,00 €** pro Person (1.000,00 € im Falle der Nutzung nicht mit UniSalute vertragsgebundener Gesundheitsstrukturen oder Mitarbeiter), abzüglich des bereits genehmigten und bezahlten Betrags übernommen.

EINSATZ EINES IMPLANTATS

Für den Einsatz eines Implantats im Rahmen ein und desselben Heilplans ist ein jährliches Kostensublimit von **650,00 €** pro Person vorgesehen.
Unter den Versicherungsschutz fallen die Positionierung des Implantataufbaus, des endgültigen Elements, des provisorischen Elements und der Schraube oder des Stifts des Implantats.

- Wenn die Gesamtkosten der im Behandlungsplan vorgesehenen Leistungen den oben genannten Kostenhöchstbetrag übersteigen, muss das Mitglied die Differenz selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.

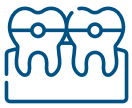
Im Falle der Nutzung von nicht mit UniSalute vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern beträgt das jährliche Sublimit für den Einsatz von einem Implantat **520,00 €** pro Person.

EXTRAKTION VON BIS ZU MAXIMAL 4 ZÄHNEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz gilt für maximal 4 Zähne pro Jahr und Kernfamilie.
Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen anzuwenden. Wenn die Gesamtzahl der im Behandlungsplan vorgesehenen Leistungen die oben genannte Zahl übersteigt, muss das Mitglied die entsprechenden Kosten selbst direkt an die vertragsgebundene Einrichtung bezahlen.

Im Falle der Inanspruchnahme **nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter** werden die angefallenen Kosten ohne Anwendung von Selbstbehalten oder Selbstbeteiligungen erstattet.

Zahnextraktionen sind nur im Rahmen des implantologischen Behandlungsplans vorgesehen, wie im Punkt „Implantologie“ beschrieben, und müssen aus dem gleichen Kostenbeleg hervorgehen.



KIEFERORTHOPÄDIE
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die Kosten für folgende zahnärztliche Leistungen, auch für Diagnostik:

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei ein Selbstbehalt von 25 % berechnet wird, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die vertragsgebundene Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.

Im Falle der Inanspruchnahme **nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter** werden die angefallenen Kosten unter Anrechnung eines Selbstbehalts von 25% pro Rechnung erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.

Je Versicherungsjahr stehen für diesen Versicherungsschutz **2.000,00 €** pro Kernfamilie zur Verfügung.

AMBULANTE ZANKCHIRURGISCHE EINGRIFFE
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse“ übernimmt der Fonds die anfallenden Kosten für chirurgische Eingriffe infolge der unten stehenden Erkrankungen, einschließlich der Leistungen für Zahnimplantologie, auch wenn diese nach chirurgischen Eingriffen außerhalb des vom Gesundheitsplan vorgesehenen Versicherungsschutzes erfolgen, vorausgesetzt dass auch diese in Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen durchgeführt werden:

- Adamantinome
- Zahnabszess bei Vorhandensein eines endodontischen Instruments im Kanallumen
- Follikuläre Zysten
- Radikuläre Zysten
- Odontom
- Entfernen eines dislozierten Implantats aus der Kieferhöhle

Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.

Für die Kostenübernahme der Leistungen sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Röntgenaufnahmen und -befunde für das Entfernen eines dislozierten Implantats aus der Kieferhöhle und eines Zahnabszesses bei Vorhandensein eines endodontischen Instruments im Kanallumen, erstellt von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Röntgendiagnostik;
- von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Röntgendiagnostik erstellte Röntgenaufnahmen und -befunde und von einem Chirurgen mit Spezialisierung in Pathologischer Anatomie erstellte histologische Befunde, für follikuläre und radikuläre Zysten, Adamantinome und Odontome.

Je Versicherungsjahr stehen für diesen Versicherungsschutz **3.000,00 €** pro Kernfamilie zur Verfügung.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.

Im Falle der Inanspruchnahme **nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter von UniSalute** werden die anfallenden Kosten ohne Anwendung von Selbstbehalten oder Selbstbeteiligungen erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.

KONSERVATIVE ZAHNBEHANDLUNGEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" bezahlt der Fonds die Leistungen für konservative Zahnbehandlungen.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei ein Selbstbehalt von 25 % berechnet wird, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.

Im Falle der Inanspruchnahme **nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter von UniSalute** werden die anfallenden Kosten unter Anrechnung eines Selbstbehalts von 25 % pro Rechnung erstattet.

Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets vollständig.

Je Versicherungsjahr stehen für diesen Versicherungsschutz **200,00 €** pro Kernfamilie zur Verfügung.

HERAUSNEHMBARER ZAHNERSATZ
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Abweichend von den Angaben unter Punkt 3 des Kapitels „Leistungsausschlüsse" übernimmt der Fonds die Kosten für herausnehmbaren Zahnersatz.

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sandeil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der Leistungen direkt an die Einrichtungen, wobei ein Selbstbehalt von 25 % berechnet wird, den das Mitglied zum Zeitpunkt der Ausstellung der Rechnung direkt an die Gesundheitseinrichtung bezahlen muss.
Im Falle der Inanspruchnahme **nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter werden** die angefallenen Kosten unter Anrechnung eines Selbstbehalts von 40 % pro Rechnung erstattet.

Wenn das Mitglied den **Nationalen Gesundheitsdienst** nutzt, erstattet der Fonds die vom Versicherten zu tragenden Gesundheitstickets vollständig.

Je Versicherungsjahr stehen für diese Leistungen **500,00 €** pro Kernfamilie und im Falle der Inanspruchnahme nicht-vertragsgebundener Einrichtungen oder Mitarbeiter ein Sublimit von **400,00 €** zur Verfügung.

BESONDERE DIAGNOSTISCHE LEISTUNGEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Fonds übernimmt einmal pro Jahr die unten stehenden Leistungen, die von **vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeitern von UniSalute für den Sanedil-Fonds** erbracht werden.
Diese Leistungen dienen zur Überwachung der eventuellen Existenz von Krankheitszuständen, die sich noch nicht manifestiert haben, und können bei Personen mit familiärer Prädisposition voraussichtlich von besonderem Nutzen sein.
Die vorgesehenen Leistungen sind auf einmal zu erbringen.

Basispaket Frau/Mann ab 18 Jahren

- Alanin-Aminotransferase ALT
- Aspartat-Aminotransferase AST
- HDL-Cholesterin
- Gesamtcholsterin
- Kreatinin
- Komplettes differenziertes und morphologisches Blutbild
- Gamma-GT
- Glykämie
- Triglyzeride
- Partielle Thromboplastinzeit (PTT)
- Prothrombinzeit (PT)
- Harnstoff
- BKS
- Urin; chemische, physikalische und mikroskopische Analyse

Für Frauen ab 18 Jahren

- Pap-Test

A - Kardiovaskuläre Vorsorge
Mindestalter 40 Jahre Frau/Mann
Zulässige Kostenobergrenze von 210,00 Euro für Mitglieder beider Geschlechter und jeden Alters, die sich folgenden Untersuchungen unterziehen:

a) Hämatochemische Diagnostik, gekennzeichnet durch:
- Großes Blutbild
- BKS
- Glykämie
- Azotämie
- Kreatinämie
- Gesamtcholesterin und HDL
- Triglyzeride
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

b) Spezifische Untersuchungen:
- Fachärztliche kardiologische Untersuchung
- Basis- und Belastungs-EKG

B - Prävention onkologischer Krankheiten der weiblichen Genitalien
Für Frauen über 50 Jahre
Zulässiger Kostenhöchstbetrag von 170,00 Euro für folgende Untersuchungen:

a) Allgemeine Basis der hämatochemischen Diagnostik, gekennzeichnet durch:
- Großes Blutbild
- BKS
- Glykämie
- Azotämie
- Kreatinämie
- Gesamtcholesterin und HDL
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

b) Spezifische Untersuchungen:
- Gynäkologische Untersuchung und Pap-Test

C - Prävention der onkologischen Prostatapathologien
Für Männer über 50 Jahre
Zulässiger Kostenhöchstbetrag von 170,00 Euro für folgende Untersuchungen:
a) Allgemeine Basis der hämatochemischen Diagnostik, beruhend auf:
- Großes Blutbild
- BKS
- Glykämie
- Azotämie
- Kreatinämie
- Gesamtcholesterin und HDL
- Gesamtbilirubin und fraktioniertes Bilirubin
- ALT und AST

b) Spezifische Untersuchungen:
- Fachärztliche urologische Untersuchung
- Ultraschalluntersuchung der Prostata und Blase
- PSA-Dosierung

Im Falle der Nutzung **vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sandeil-Fonds** bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen im Rahmen der vorgesehenen Lei-

stungsobergrenzen direkt an die Einrichtungen, ohne einen nicht-erstattungsfähigen Betrag zu berechnen.
Im Falle der Nutzung von nicht mit UniSalute für den Sanedil-Fonds vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeitern werden die anfallenden Kosten im Rahmen der vorgesehenen Leistungsobergrenzen ohne Anwendung von Selbstbehalten oder Selbstbeteiligungen übernommen.

ORTHESEN UND AKUSTISCHE PROTHESEN
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Fonds erstattet die Kosten für den Kauf von Orthesen und akustischen Prothesen.
Es ist eine ärztliche Verordnung mit Angabe der Begründung erforderlich.
Die Kosten werden unter Berechnung eines Selbstbehalts von **20 %** bzw. eines nicht-erstattungsfähigen Mindestbetrags von **100,00 €** pro Rechnung/Person erstattet.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **500,00 €** pro Versicherungsjahr zur Verfügung, wenn der Versicherungsschutz nur für das Mitglied gilt, oder **750,00 €**, wenn er sich auch auf die Kernfamilie erstreckt.

SCHWERE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND DAUERHAFTER INVALIDITÄT WEGEN EINES ARBEITSUNFALLS ODER SCHWERER KRANKHEITEN -
Nur für das Mitglied gültiger Versicherungsschutz

Der Fonds erstattet Gesundheitskosten und/oder Leistungen in Bezug auf eine schwere Arbeitsunfähigkeit, die durch einen Unfall am Arbeitsplatz verursacht wird und zu einer dauerhaften Invalidität von mehr als 50 % führt (I.N.A.I.L.-Referenztabelle) oder die durch eine der folgenden schweren Krankheiten verursacht wird:
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Lähmungen
- Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren-, Rückenmarks- oder Bauchspeicheldrüsentransplantation
- Mukoviszidose
- Ischämie der Wirbelsäulenarterien

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nur unter folgenden Voraussetzungen wirksam ist:
- **der Arbeitsunfall muss durch ein Attest der Notaufnahme bescheinigt werden und sich im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplan ereignet haben.**
- **die aufgelisteten schweren Krankheiten müssen erstmals im Zeitraum der Wirksamkeit des Gesundheitsplans aufgetreten sein.**

Es wird darauf hingewiesen, dass nur die direkten Folgen des Unfalls bei der Berechnung des Grades der dauerhaften Invalidität berücksichtigt werden, nicht auch gleichzeitig bestehende beeinträchtigende Bedingungen, die zu einer stärkeren Beeinträchtigung führen.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **7.000,00 €** pro Mitglied zur Verfügung. Dieser Kostenhöchstbetrag kann im Laufe der ersten drei Jahre dieses Gesundheitsplans genutzt werden.

GESUNDHEITSMONITOR- SERVICE
Nur für das Mitglied gültiger Versicherungsschutz

UniSalute bietet seinen über 40 Jahre alten Mitgliedern über den Fonds einen Service zur Überwachung der klinischen Werte für folgende chronischen Krankheiten an: chronische Atemwegserkrankungen (chronische obstruktive Lungenerkrankung [COPD]), Asthma, Bluthochdruck und Diabetes.
Unisalute stellt über den Fonds ein fortschrittliches technisches System zur Verfügung, das eine Messung der klinischen Parameter direkt im eigenen Zuhause ermöglicht. Nach Ausfüllen eines Fragebogens wird dem Patienten kostenlos ein medizinisches Gerät ausgehändigt, mit dem er die Messungen direkt in seinem Zuhause durchführen kann. Die Werte des Patienten werden von einer Servicezentrale ständig überwacht; diese besteht aus fachkundigen Krankenpflegern, die eingreifen, wenn ein klinischer Alarm auftritt, und gleichzeitig eine Coaching-und Schulungsfunktion innehaben, die das Patienten-Empowerment unterstützt.
Der Vorteil für den Patienten besteht in einer Verbesserung des Krankheitsmanagements durch eine genauere Einhaltung des eigenen Behandlungsplans und ein erhöhtes Bewusstsein, was den eigenen Gesundheitszustand anbelangt.

FACHÄRZTLICHE UND DIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN FÜR CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Für Mitglieder, die am Programm für das Monitoring chronischer Erkrankungen teilnehmen, sieht der Fonds die Zahlung der Kosten für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen in Bezug auf die chronischen Erkrankungen vor, an denen sie leiden; diesbezüglich gelten die unten beschriebenen Modalitäten.
Zur Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Auf dieser muss der Diagnoseverdacht oder die Erkrankung angegeben sein, für die diese Leistung notwendig ist.
Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.
Bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen oder Mitarbeitern, die nicht vertraglich für den Sanedil-Fonds an UniSalute gebunden sind, werden die anfallenden Kosten erstattet, ohne dass eine Selbstbeteiligung oder ein Selbstbehalt anfällt.
Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets vollständig.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich **300,00 €** pro Mitglied zur Verfügung.

MUTTERSCHAFT/SCHWANGERSCHAFT
Für das Mitglied und dessen Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Der Fonds übernimmt die Zahlung folgender Kosten für Kontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft:
- maximal 2 Ultraschalluntersuchungen

Im Falle der Nutzung vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen und Mitarbeiter von UniSalute für den Sanedil-Fonds bezahlt der Fonds die Kosten der gegenüber dem Mitglied erbrachten Leistungen direkt an die Einrichtungen, ohne dass ein nicht-erstattungsfähiger Betrag anfällt.
Wenn das Mitglied den Nationalen Gesundheitsdienst nutzt, erstattet der Fonds die vom Mitglied zu tragenden Gesundheitstickets vollständig.

LEISTUNGEN ZU ERMÄSSIGTEN UNISALUTE-TARIFEN
Für die gesamte Kernfamilie gültiger Versicherungsschutz

Wenn kein Versicherungsschutz für eine Leistung besteht, weil diese nicht im Gesundheitsplan vorgesehen ist oder der Höchstbetrag bereits ausgeschöpft wurde oder die Kosten für diese Leistung unterhalb der vertraglich vorgesehenen Mindestbeträge liegen, sodass die Leistung vollständig vom Versicherten getragen werden muss, können bei der vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtung, die unter den zum Netzwerk gehörigen ausgewählt wurde, auf Anfrage die Sondertarife für UniSalute-Versicherte in Anspruch genommen werden; diese ermöglichen eine Ersparnis gegenüber den normalerweise üblichen Tarifen.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Termin vom Versicherten direkt bei der Gesundheitseinrichtung vereinbart und danach der Bauarbeiterkasse/Edilcassa mitgeteilt werden kann; diese übermittelt der Einrichtung daraufhin eine Bestätigung.

LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE

Der Gesundheitsplan umfasst nicht alle Ereignisse, die auf den vorgesehenen Versicherungsschutz zurückzuführen sind; das bedeutet, dass nicht alle für die garantierten Gesundheitsleistungen anfallenden Kosten durch den Gesundheitsplan gedeckt sind.

Der Gesundheitsplan gilt nicht für:
1. Behandlungen und/oder Eingriffe zur Beseitigung oder Korrektur körperlicher Defekte* oder Fehlbildungen**, die bereits vor Abschluss des Gesundheitsplan bestanden, vorbehaltlich der Bestimmungen im Punkt „Säuglinge“;
2. Behandlungen von psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen;
3. Zahnersatz, Behandlung von Parodontopathien, Zahnbehandlungen und zahnärztliche Untersuchungen;
4. medizinische Leistungen zu ästhetischen Zwecken (davon ausgenommen sind Eingriffe der rekonstruktiven plastischen Chirurgie, die aufgrund von Unfällen oder stark demolitiven Operationen während der Gültigkeit des Gesundheitsplans notwendig waren);
5. Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme und Day Hospital Aufenthalte, bei denen Behandlungen (einschließlich Physiotherapie oder Verabreichung von Arzneimitteln) oder diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden,

die aufgrund ihrer technischen Anforderungen auch ambulant vorgenommen werden können;
6. Fertilitätsuntersuchungen und medizinische Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung;
7. Stationäre Aufnahme, bedingt durch Pflegebedürftigkeit des Mitglieds, das die Unterstützung einer anderen Person bei den gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt, sowie stationäre Langzeitpflege.
8. Unter stationärer Langzeitpflege ist die stationäre Aufnahme des Mitglieds aufgrund eines körperlichen Zustands zu verstehen, bei dem die Gesundheit durch ärztliche Behandlungen nicht wiederhergestellt werden kann und der Verbleib in einem Heilinstitut zur Pflege und Durchführung physiotherapeutischer Erhaltungsmaßnahmen erforderlich ist.
9. Eingriffe zum Austausch von Orthesen jeglicher Art;
10. Behandlung von Krankheiten, die auf den Missbrauch von Alkohol und Psychopharmaka sowie den nicht-therapeutischen Gebrauch von Drogen oder Halluzinogenen zurückzuführen sind;
11. Unfälle, die auf den Missbrauch von Alkohol und Psychopharmaka sowie den nicht-therapeutischen Gebrauch von Drogen oder Halluzinogenen zurückzuführen sind;
12. Unfälle infolge der Ausübung von gefährlichen und Extremsportarten, wie z. B. Flug-, Motorrad-, Automobilsport, Freiklettern (Free Climbing), Rafting und Extrembergsteigen, oder infolge der Teilnahme an entsprechenden Wettrennen oder Trainingseinheiten offizieller oder inoffizieller Art;
13. Unfälle, die durch vorsätzliche Taten des Versicherten verursacht werden;
14. Folgen von Selbstmordversuchen, Selbstschädigung und vorsätzlichen oder grob fahrlässigen kriminellen Handlungen des Mitglieds;
15. direkte und indirekte Folgen der Transmutation von Atomkernen, von Strahlung, die durch künstliche Teilchenbeschleunigung verursacht wird, und der Exposition gegenüber ionisierender Strahlung;
16. Folgen von Krieg, Aufständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen und Wetterereignissen;
17. von der Schulmedizin nicht anerkannte Leistungen sowie experimentelle Behandlungen und biologische Arzneimittel;
18. alle medizinischen Behandlungen, einschließlich intravitrealer Injektionen;
19. die direkten und indirekten Folgen von Pandemien.

Mit Beschränkung auf die in den Punkten über zahnärztlichen Versicherungs-schutz vorgesehenen Leistungen, ist der Gesundheitsplan für folgende Leistungen nicht wirksam:
- ästhetischer Zahnersatz;
- Behandlungen aufgrund der Folgen psychiatrischer Erkrankungen.

Mit Beschränkung auf die im Punkt „Schwere Arbeitsunfähigkeit aufgrund dauerhafter Invalidität wegen eines Arbeitsunfalls oder schwerer Krankheiten“ vorgesehenen Leistungen ist der Gesundheitsplan, zusätzlich zu oben genannten Ausschlüssen auch in folgenden Fällen nicht wirksam:
- ausgeschlossen bleibt eine dauerhafte Invalidität aufgrund geistiger Erkrankungen sowie psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Allgemeinen, einschließlich neurotischer Verhaltensstörungen, Psychosen, Depressionen und deren Folgen;
- Unfälle und Erkrankungen, die vor Wirksamkeit des Gesundheitsplan aufgetreten sind.

*Unter körperlichem Defekt versteht sich eine durch erworbene krankhafte oder traumatische Zustände bedingte Abweichung von der normalen Morphologie des Körpers oder der Körperorgane.
** Unter einer Fehlbildung versteht sich eine durch angeborene krankhafte Zustände bedingte Abweichung von der normalen Morphologie des Körpers oder der Körperorgane.

WICHTIGE HINWEISE

TERRITORIALE GÜLTIGKEIT

Der Gesundheitsplan ist in der ganzen Welt gültig und wird auf die gleiche Art und Weise wie in Italien angewandt.

ALTERSGRENZEN

Der Gesundheitsplan kann bis Vollendung des 80. Lebensjahr des Mitglieds abgeschlossen oder verlängert werden; er endet automatisch zur ersten jährlichen Fälligkeit des Planes, nachdem das Mitglied das 81. Lebensjahr vollendet hat.

KOSTENBELEGE (RECHNUNGEN UND QUITTUNGEN)

A) Leistungen in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen von Unisalute für den Sanedil-Fonds

Kostenbelege für die in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Gesundheitsleistungen werden dem Mitglied direkt von der Einrichtung ausgehändigt.

B) Leistungen in nicht-vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen

Die als Kopie erhaltenen Kostenbelege sind den gesetzlichen Vorschriften entsprechend aufzubewahren und dem Erstattungsantrag beizufügen. Für den Fall, dass der Fonds die Originalbelege anfordert, werden dem Mitglied innerhalb eines Monats nur die eventuell eingereichten Originalbelege zurückgesandt.

Dem Erstattungsantrag sind Kopien der erforderlichen Unterlagen (Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen, Krankenakten usw.) beizufügen. Der Fonds ist berechtigt, jederzeit nach eigenem Ermessen zur Überprüfung des Antrags die Originalunterlagen anzufordern. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der Fonds bei Vorlage falscher oder gefälschter Unterlagen sofort die zuständigen Justizbehörden verständigt, damit diese eine Prüfung vornehmen und eine eventuelle strafrechtliche Haftung feststellen können.

ACHTUNG

Erstattungsanträge müssen innerhalb zwei Jahren nach dem Rechnungsdatum oder dem Datum des für die genutzte Leistung ausgestellten Kostenbelegs eingereicht werden. Für Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme beginnt diese Frist ab dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus. Rechnungen und Kostenbelege, die nach Ablauf der Zweijahresfrist übermittelt werden, sind nicht erstattungsfähig.

LISTE DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

Alle bösartige Neoplasien an Organen oder Apparaten. Die Diagnose für die Übernahme und spätere Kostenerstattung muss durch eine bioptische, histologische oder zytologische Bescheinigung belegt werden. Natürlich sind auch Operationen mit nachweislicher Malignitätsdiagnose nach dem Eingriff zulässig.

NEUROCHIRURGIE
- Neurochirurgische Eingriffe, mittels Kraniotomie oder transoral
- Kranioplastiken
- Transphenoidale Operation an der Hypophyse
- Entfernen von Tumoren der Orbita (Augenhöhle)
- Entfernen von (intra- und/oder extramedullären) Knochenzubildungen an Dornfortsätzen der Wirbelsäule
- Eingriffe bei Bandscheibenvorfall und/oder anderer Myelopathien der Halswirbelsäule bei anteriorem oder posteriorem Zugang
- Eingriffe am Plexus brachialis

AUGENHEILKUNDE
- Enukleation des Augapfels
- Katarakt und Linsenoperationen mit eventueller Vitrektomie

HNO
- Entfernen von parapharyngealen Tumoren, Tumoren der Uvula (Uvulektomie) und der Stimmlippen (Chordektomie)
- Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette
- Eingriff bei Akustikusneurinomen

HALSCHIRURGIE
- Totale Parotidektomie

CHIRURGIE DES ATMUNGSAPPARATS
- Eingriffe bei Bronchialfisteln
- Eingriffe bei pulmonaler Echinokokkose
- Totale oder partielle Pneumektomie
- Nasenpolypenoperationen

KARDIOVASKULÄRE CHIRURGIE
- Eingriffe am offenen Herzen durch Thorakotomie
- Eingriffe an großen thorakalen Gefäßen durch Thorakotomie
- Eingriffe an der Bauchaorta durch Laparotomie
- Endarterektomie der Arteria carotis und Arteria vertebralis
- Dekompression der Arteria vertebralis durch transversale Öffnung
- Eingriffe bei Aneurysmen: Resektion und Implantation einer Gefäßprothese
- Entfernen eines Glomus caroticum
- Saphenektomie großer Blutgefäße (nur Krampfadern der Vena saphena magna)

CHIRURGIE DES VERDAUUNGSTRAKTES
- Bariatrische Chirurgie Sleeve Gastrectomy für BMI über 40
- Resektion (totale oder partielle) der Speiseröhre
- Eingriffe mit Ösophagusplastik
- Eingriff bei Megaösophagus
- Eingriffe bei gastrojejunokolischen Fisteln
- Totale Kolektomien, Hemikolektomien und rektokolische Resektionen bei anteriorem Zugang (mit oder ohne Kolostomie)
- Amputation von Rektum und Anus

- Eingriffe bei Megakolon über anterioren oder abdominoperinealen Zugang
- Exhairese von Tumoren aus dem retroperitonealen Raum
- Drainage von Leberabszessen
- Leistenbruch und Femurhernie (unter Ausschluss aller anderen Hernien der Bauchdecke)
- Eingriffe bei Leberechinokokkose
- Hepatische Resektionen
- Magenresektion wegen pharmakologisch nicht behandelbarer Geschwüre
- Erneute Eingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege
- Chirurgische Eingriffe aufgrund portaler Hypertension
- Eingriffe bei akuter oder chronischer Pankreatitis durch Laparotomie
- Eingriffe bei Zysten, Pseudozysten oder Fisteln des Pankreas durch Laparotomie

UROLOGIE
- Surrenalektomie
- Operative Rekonstruktion der Harnblase mit oder ohne Ureterosigmoidostomie
- Harnsteine

GYNÖKOLOGIE
- Hysterektomie mit eventueller Adnexektomie

ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE
- Eingriffe wegen Halsrippensyndrom
- Versteifungsoperationen an der Wirbelsäule
- Wirbelkörperresektion
- Behandlung von Dysmetrien und/oder Fehlhaltungen der unteren Gliedmaßen durch externe Fixateure
- Radikale Eingriffe zum Entfernen von Knochentumoren
- Eingriffe zum Einsatz von Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Knieprothesen
- Eingriffe bei Karpaltunnelsyndrom und schnellendem Finger

KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
- Chirurgische Mund-, Kiefer- und Gesichtseingriffe bei unfallbedingten Mutilationen des Gesichts, die eine Verringerung von über 25 % der Funktionsfähigkeit mit sich bringen

ORGANTRANSPLANTATIONEN
- Alle

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario Lavoratori Edili
Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT