my Sanitour

Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
Ergänzender Gesundheitsfonds des nationalen Gesundheitsdienstes

SETTORE DEL TURISMO ALTO ADIGE
SEKTOR TOURISMUS SÜDTIROL

INFO	**Il presente HANDOUT è soltanto riassuntivo. Per una corretta interpretazione delle prestazioni elencate di seguito va fatto specifico riferimento al 'REGOLAMENTO PRESTAZIONI FONDO SANITARIO', Allegato MS+ R ed 2026.**	**Dieses HANDOUT stellt nur eine Zusammenfassung dar. Für eine korrekte Interpretation der nachstehend aufgelisteten Leistungen wird auf die „DURCHFÜHRUNGSBESTIMMUNG LEISTUNGEN GESUNDHEITSFONDS", Anhang MS+ R ed 2026, verwiesen.**
TARGET	Per SOCI di mySanitour+ in applicazione del CCNL Turismo vigenti nonché gli accordi locali validi per i lavoratori dipendenti del settore turistico della Provincia di Bolzano.	Für MITGLIEDER von mySanitour+ in Anwendung des geltenden nationalen Kollektivvertrages Tourismus sowie der für die Beschäftigten im Tourismussektor der Provinz Bozen geltenden lokalen Abkommen.
INFO	Abbreviazioni: **SO** = Socio, **N** = Neonato, **F** = FISSI (dipendenti a tempo indeterminato), **S** = STAGIONALI	Abkürzungen: **MI** = Mitglied, **N** = Neugeborenes, **F** = FIXANGESTELLTE, **S** = SAISONKRÄFTE

	PRESTAZIONI	**LEISTUNGEN**
< 01 >	**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)**	**NATIONALER GESUNDHEITSDIENST (SSN)**
SO/MI	Ticket sanitario: 100 % del ticket, max. 500,00 € per anno solare.	Sanitätsticket: 100 % des Tickets, max. 500,00 € je Kalenderjahr.
< 02 >	**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PRIVATE**	**PRIVATE FACHARZTLEISTUNGEN**
SO/MI	Visite specialistiche: fino ad un max. di F: 60,00 € / S: 50,00 € della spesa sostenuta, max. 4 visite per anno solare.	Fachärztliche Visiten: bis max. F: 60,00 € / S: 50,00 € der getätigten Ausgabe, max. 4 Visiten je Kalenderjahr.
SO/MI	Diagnostica strumentale: fino ad un max. di F: 60,00 € / S: 50,00 € della spesa sostenuta, max. 4 esami per anno solare.	Instrumentelle Diagnostik: bis max. F: 60,00 € / S: 50,00 € der getätigten Ausgabe, max. 4 Untersuchungen je Kalenderjahr.
SO/MI	Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione dell'Allegato C: F: 60 % / S: 50 % della spesa sostenuta, max. F: 150,00 € / S: 120,00 €.	Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung gemäß Anlage C: F: 60 % / S: 50 % der getätigten Ausgabe, max. F: 150,00 € / S: 120,00 €.
SO/MI	Esami di laboratorio: fino ad un max. di F: 50,00 € / S: 45,00 € della spesa sostenuta per documento fiscale, max. 4 documenti fiscali per anno solare.	Laboruntersuchungen: bis max. F: 50,00 € / S: 45,00 € der getätigten Ausgabe je Steuerbeleg, max. 4 Steuerbelege je Kalenderjahr.
LIMITS	Area prestazioni specialistiche private: spese documentate fino ad un **max. di F: 1.000,00 € / S: 800,00 €** per anno solare.	Bereich private Facharztleistungen: dokumentierte Ausgaben bis zu **max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 €** je Kalenderjahr.
< 03 >	**PREVENZIONE**	**VORSORGE**
SO/MI	Prevenzione oncologica donna: fino ad un max. di F: 150,00 € / S: 130,00 € della spesa sostenuta, max. 1 volta per anno solare.	Krebsvorsorge Frauen: bis max. F: 150,00 € / S: 130,00 € der getätigten Ausgabe, max. 1-mal je Kalenderjahr.
SO/MI	Prevenzione oncologica uomo: fino ad un max. di F: 150,00 € / S: 130,00 € della spesa sostenuta, max. 1 volta per anno solare.	Krebsvorsorge Männer: bis max. F: 150,00 € / S: 130,00 € der getätigten Ausgabe, max. 1-mal je Kalenderjahr.
SO/MI	Prevenzione cute: fino ad un max. di F: 100,00 € / S: 80,00 € della spesa sostenuta, max. 1 volta per anno solare.	Vorsorge Haut: bis max. F: 100,00 € / S: 80,00 € der getätigten Ausgabe, max. 1-mal je Kalenderjahr.
SO/MI	Prevenzione cardiovascolare: fino ad un max. di F: 150,00 € / S: 130,00 € della spesa sostenuta, max. 1 volta per anno solare.	Vorsorge Herz-Kreislauf: bis max. F: 150,00 € / S: 130,00 € der getätigten Ausgabe, max. 1-mal je Kalenderjahr.
LIMITS	Area prevenzione: max. due documenti fiscali per anno solare.	Bereich Vorsorge: max. zwei Steuerbelege je Kalenderjahr.
< 05 >	**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ODONTOIATRICHE**	**FACHÄRZTLICHE ZAHNARZTLEISTUNGEN**
SO/MI	Prestazioni specialistiche odontoiatriche c/o strutture pubbliche: a) 100 % del ticket pagato; b) 100 % della fattura/ricevuta fiscale pagata.	Fachärztliche Zahnarztleistungen bei öffentlichen Strukturen: a) 100 % des bezahlten Tickets; b) 100 % der bezahlten Rechnung/Steuerquittung.
SO/MI	Prestazioni specialistiche odontoiatriche c/o strutture convenzionate: per le prestazioni odontoiatriche, effettuate presso strutture convenzionate, viene concesso un sussidio fino ai limiti sussidiabili elencati nell'Allegato B-Fascia B.	Fachärztliche Zahnarztleistungen bei vertragsgebundenen Strukturen: für fachärztliche Zahnarztleistungen, durchgeführt bei vertragsgebundenen Strukturen, wird ein Zuschuss gemäß Anlage B-Bereich B gewährt.
LIMITS	Area prestazioni specialistiche odontoiatriche: spese documentate fino ad un **max. di F: 3.000,00 € / S: 2.500,00 €** per anno solare.	Bereich fachärztliche Zahnarztleistungen: dokumentierte Ausgaben bis zu **max. F: 3.000,00 € / S: 2.500,00 €** je Kalenderjahr.

SO/MI	Prestazioni specialistiche odontoiatriche a seguito di infortunio: a) 100 % del ticket pagato; b) F: 60 % / S: 50 % della fattura/ricevuta fiscale pagata; max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 € per infortunio e anno solare.	Fachärztliche Zahnarztleistungen infolge eines Unfalls: a) 100 % des bezahlten Tickets; b) F: 60 % / S: 50% der bezahlten Rechnung/Steuerquittung; max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 € je Unfall und Kalenderjahr.

< 08 >	AREA OSPEDALIERA	KRANKENHAUSBEREICH
SO/MI	Interventi chirurgici effettuati in strutture pubbliche: per prestazioni elencate nell'Allegato A è riconosciuto un sussidio del: a) F: 100 % / S: 80 % delle spese sostenute come previsti dal regolamento nei 120 giorni precedenti al ricovero, max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 €; b) F: 100 % / S: 80 % delle spese sostenute come previsti dal regolamento nei 120 giorni successivi alla data di dimissione, max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 €; c) F: 80 % / 65 % della spesa sostenuta per il trasporto del malato con successivo intervento chirurgico, max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 €.	Chirurgische Eingriffe in öffentlichen Heilanstalten: für jene, in der Anlage A aufgelisteten Leistungen: a) F: 100 % / S: 80 % der getätigten Ausgaben, wie von der Durchführungsbestimmung vorgesehen, in den 120 Tagen vor der Einlieferung, max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 €; b) F: 100 % / S: 80 % der getätigten Ausgaben, wie von der Durchführungsbestimmung vorgesehen, in den 120 Tagen nach der Entlassung, max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 €; c) F: 80 % / S: 65 % der getätigten Ausgabe für Krankentransport und folgendem chirurgischem Eingriff, max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 €.
SO/MI	Diaria ospedaliera fino un max. di 30 giorni per ogni intervento chirurgico previsto nell'Allegato A ed effettuato in strutture pubbliche: a) F: 50,00 € / S: 45,00 € giornalieri nel paese di residenza; b) F: 80,00 € / S: 65,00 € giornalieri all'estero.	Krankenhaustagegeld bis zu max. 30 Tagen für chirurgische Eingriffe gemäß der Anlage A, durchgeführt in öffentlichen Heilanstalten: a) F: 50,00 € / S: 45,00 € je Tag im Wohnsitzland; b) F: 80,00 € / S: 65,00 € je Tag im Ausland.
SO/MI	Interventi chirurgici effettuati in strutture private: per le prestazioni sussidiabili ed i limiti massimi si fa riferimento all'Allegato A-Fascia B.	Chirurgische Eingriffe in privaten Heilanstalten: die Anerkennung der Leistungen und deren Höchstlimits erfolgt gemäß Anlage A-Bereich B.
SO/MI	Trasporto del malato con mezzo sanitario Italia/estero: in caso di trasporto con successivo intervento chirurgico, F: 80 % / S: 65 % della spesa sostenuta, fino un max. di F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 €.	Krankentransport mit Krankenwagen Italien/Ausland: Transport mit darauffolgendem chirurgischem Eingriff, F: 80 % / S: 65 % der angefallenen Ausgabe, bis zu max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 €.
SO/MI	Interventi chirurgici ambulatoriali: max. F: 250,00 € / S: 200,00 € per evento, max. 2 interventi per anno solare.	Ambulante chirurgische Eingriffe: max. F: 250,00 € / S: 200,00 € je Eingriff, max. 2 Eingriffe je Kalenderjahr.
SO/MI (N/N)	Interventi chirurgici per neonati: prestazioni previsti dal regolamento, max. F: 10.000,00 € / S: 8.000,00 € nel primo anno di vita.	Chirurgischer Eingriff Neugeborene gemäß Durchführungsbestimmung, max. F: 10.000,00 € / S: 8.000,00 € im ersten Lebensjahr.
	Indennità sostitutiva fino un max. di 30 giorni per ogni intervento chirurgico, F: 50,00 € / S: 45,00 € per ogni giorno di ricovero.	Ersatztagegeld bis zu max. 30 Tagen je chirurgischen Eingriff, F: 50,00 € / S: 45,00 € je Tag des stationären Aufenthaltes.

< 10 >	OCULISTICA	AUGENHEILKUNDE
SO/MI	Lenti da vista o lenti a contatto annuali: fino ad un max. di F: 150,00 € / S: 120,00 € della spesa sostenuta, ogni 2 anni.	Brillengläser oder Jahreskontaktlinsen: bis max. F: 150,00 € / S: 120,00 € der getätigten Ausgabe, alle 2 Kalenderjahre.

< 11 >	PROTESICA	PROTHESEN
SO/MI	Protesi e presidi sanitari elencati nel regolamento prestazioni: F: 60 % / S: 50 % della spesa sostenuta, max. F: 450,00 € / S: 360,00 € per anno solare.	Prothesen und sanitäre Hilfsmittel gemäß Auflistung in der Durchführungsbestimmung: F: 60 % / S: 50 % der getätigten Ausgabe, max. F: 450,00 € / S: 360,00 € je Kalenderjahr.

< 15 >	CURE	KUREN
SO/MI	Trattamenti fisioterapici: F: 75 % / S: 60 % della spesa sostenuta, max. F: 280,00 € / S: 230,00 € per anno solare.	Physiotherapeutische Behandlungen: F: 75 % / S: 60 % der getätigten Ausgabe, max. F: 280,00 € / S: 230,00 € je Kalenderjahr.
SO/MI	Cure termali: a) F: 60 % / S: 50 % della spesa sostenuta, max. F: 80,00 € / S: 65,00 € per anno solare; b) fino ad un max. di F: 60,00 € / S: 50,00 € per anno solare della spesa sostenuta per la visita specialistica eseguita presso la struttura termale quale accesso alle cure.	Thermalkuren: a) F: 60 % / S: 50 % der getätigten Ausgabe, max. F: 80,00 € / S: 65,00 € je Kalenderjahr; b) bis max. F: 60,00 € / S: 50,00 € je Kalenderjahr der getätigten Ausgabe der fachärztlichen Visite durchgeführt in der Thermalstruktur als Zugang zur Behandlung.
SO/MI	Cure oncologiche: F: 30,00 € / S: 25,00 € per ogni giorno di trattamento.	Onkologische Kuren: F: 30,00 € / S: 25,00 € für jeden Behandlungstag.

< 20 >	PRESTAZIONI SANITARIE DI RILIEVO SANITARIO	SOZIALE GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN
SO/MI	Assistenza domiciliare sanitaria: F: 12,00 € / S: 10,00 € all'ora per un max. di 104 ore per anno solare.	Hauskrankenpflege: F: 12,00 € / S: 10,00 € je Stunde für max. 104 Stunden je Kalenderjahr.
SO/MI	Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali, max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 € delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita.	Hauskrankenpflege für unheilbare krebskranke Patienten im Endstadium, max. F: 2.000,00 € / S: 1.600,00 € für die getätigten Ausgaben in den letzten 6 Lebensmonaten.

< 25 >	PRESTAZIONI SOCIALI DI RILIEVO SANITARIO	SOZIALLEISTUGEN IM GESUNDHEITSBEREICH
SO/MI	Inabilità totale: a) 3.000,00 € per soci di età inferiore a 35 anni; b) 2.000,00 € per soci, che hanno compiuto il 35° anno di età.	Vollständige Erwerbsunfähigkeit: a) 3.000,00 € für Mitglieder im Alter von unter 35 Jahren; b) 2.000,00 € für Mitglieder ab dem 35. Lebensjahr.
SO/MI	Decesso: a) 3.000,00 € per soci di età inferiore a 35 anni; b) 2.000,00 € per soci, che hanno compiuto il 35° anno di età.	Todesfall: a) 3.000,00 € für Mitglieder im Alter von unter 35 Jahren; b) 2.000,00 € für Mitglieder ab dem 35. Lebensjahr.
	Per designare beneficiari in caso di decesso, si prega di utilizzare l'apposito modulo, scaricabile dal sito internet, MS+ nomina beneficiario	Für die Benennung von Begünstigen im Todesfall steht ein entsprechendes Formular auf der Webseite zur Verfügung, MS+ Angabe Begünstigte

< 30 >	GRAVIDANZA E MATERNITÁ	SCHWANGERSCHAFT UND MUTTERSCHAFT
SO/MI	Gravidanza: a) F: 60 % / S: 50 %, max. F: 100,00 € / S: 80,00 € della spesa sostenuta per analisi clinico chimiche ed ecografie ostetriche; b) F: 60 % / S: 50 % della spesa sostenuta, max. F: 150,00 € / S: 130,00 € per esami di alta diagnostica e alta specializzazione; c) fino a max. F: 80,00 € / S: 65,00 € della spesa sostenuta per visita specialistica, max. 5 visite per gravidanza. Limite max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 € per gravidanza.	Schwangerschaft: a) F: 60 % / S: 50 %, max. F: 100,00 € / S: 80,00 € der getätigten Ausgabe für klinisch-chemische Analysen und geburtshilflicher Ultraschall; b) F: 60 % / S: 50 %, max. F: 150,00 € / S: 130,00 € der getätigten Ausgabe für instrumentelle Hochdiagnostik/Hochspezialisierung; c) bis max. F: 80,00 € / S: 65,00 € der getätigten Ausgabe je Facharztvisite, max. 5 Visiten je Schwangerschaft. Höchstbetrag max. F: 1.000,00 € / S: 800,00 € je Schwangerschaft.
SO/MI	Assenza dal lavoro per gravidanza a rischio: F: 10,00 € / S: 8,00 € giornalieri dal 30° giorno e per tutta la durata della gravidanza.	Arbeitsabwesenheit wegen Risikoschwangerschaft: F: 10,00 € / S: 8,00 € täglich ab dem 30. Tag für die gesamte Dauer der Schwangerschaft.
SO/MI	Maternità - parto: F: 60,00 € / S: 50,00 giornalieri per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 10 giorni per evento.	Mutterschaft - Geburt: F: 60,00 € / S: 50,00 täglich für jeden Tag des stationären Aufenthaltes, bis maximal 10 Tage je Ereignis.

Estratto dalle condizioni generali

Diritto ai sussidi, periodo di carenza e accesso portale online

Diritto ai sussidi

L'iscrizione al Fondo integrativo sanitario ed il diritto ai sussidi avvengono in conformità a quanto previsto dagli artt. 5) e 5-bis) del Regolamento applicativo e nei limiti massimi sussidiabili previsti dal Regolamento prestazioni.

Periodo di carenza

- **Per i dipendenti a tempo indeterminato** si applica un **periodo di carenza di tre mesi interi** a partire dalla data di assunzione; le fatture emesse prima o durante il periodo di carenza non vengono accettate. Al termine del rapporto di lavoro si applica una copertura aggiuntiva di tre mesi che compensa il periodo di carenza iniziale.
- **Per gli stagionali** non è previsto alcun periodo di carenza, ma per avere diritto ai sussidi **devono raggiungere ogni anno almeno tre mesi interi di assunzione**.

Nota: Non è previsto il trasferimento dei mesi di assunzione da un anno all'altro (ad esempio nella stagione invernale). Allo stesso modo, in caso di cambiamento del contratto di lavoro da stagionale a tempo indeterminato o viceversa, non è previsto il trasferimento dei mesi di assunzione già accumulati.

Accesso al portale online e credenziali d'accesso

Le richieste di sussidi devono essere presentate tramite il portale online. Si prega di tenere presente quanto segue:

I dipendenti a tempo indeterminato ottengono il primo accesso al più presto dopo tre mesi completi di impiego.

I lavoratori stagionali ottengono il primo accesso al più presto tre mesi dopo il terzo mese completo di impiego.

Esempi:

Fissi, mesi completi di impiego p. es. marzo, aprile, maggio: primo accesso a partire da giugno.

Stagionali, mesi di lavoro completi p. es. marzo, aprile, maggio: primo accesso a partire da settembre (tre mesi dopo il terzo mese di lavoro).

I **dati di accesso rimangono gli stessi negli anni successivi**, sia per i lavoratori stagionali che ripetono la stagione, sia in caso di cambio datore di lavoro all'interno del settore del turismo.

Elaborazione delle richieste negli anni successivi

Gli **stagionali** possono presentare continuamente le richieste di sussidio in caso di stagioni ripetute negli anni successivi alla prima assunzione. Tuttavia, l'elaborazione di tali richieste avviene per ogni anno solare **non prima di tre mesi dopo il terzo mese completo di assunzione di ogni anno**.

Esempio Stagionali:
mesi di lavoro completi p. es. gennaio, febbraio, marzo,
elaborazione delle domande non prima di luglio.

Allgemeinen Bedingungen (Auszug)

Anrecht auf Leistungen, Karenzzeit und Zugang zum Online-Portal

Anrecht auf Leistungen

Die Einschreibung in den Gesundheitsfonds und das Anrecht auf Leistungen des ergänzenden Gesundheitsfonds, erfolgen gemäß der Geschäftsordnung, Punkt 5) und 5-bis) und bis zu den Höchstentschädigungslimits gemäß der Durchführungsbestimmung.

Karenzzeit

- **Für Fixangestellte** gilt eine **Karenzzeit von drei vollen Monaten** ab dem Anstellungsdatum; Rechnungen, ausgestellt vor oder während der Karenzzeit, werden nicht berücksichtigt. Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gilt eine dreimonatige Nachdeckung, welche die anfängliche Karenzzeit kompensiert.
- **Für Saisonkräfte** besteht keine Karenzzeit, jedoch müssen Saisonkräfte **jedes Jahr mindestens drei volle Anstellungsmonate** erreichen, um Anrecht auf Zuschüsse zu erhalten.

Hinweis: Eine Übertragung der Anstellungsmonate von einem Jahr auf das nächste (z.B. in der Wintersaison) ist nicht vorgesehen. Ebenso ist, im Falle eines Wechsels des Arbeitsvertrages von Saisonkraft zum Fixangestellten oder umgekehrt, die Übertragung der bereits angesammelten Anstellungsmonate nicht vorgesehen.

Zugang zum Online-Portal und Zugangsdaten

Das Einreichen der Anträge um Zuschüsse erfolgt über das Online-Portal. Zu beachten ist dabei Folgendes:

Fixangestellte erhalten den Erstzugang frühestens nach drei vollen Anstellungsmonaten.

Saisonkräfte erhalten den Erstzugang frühestens drei Monate nach dem dritten vollen Anstellungsmonat.

Beispiele:

Fixangestellte, volle Anstellungsmonate z. B. März, April, Mai: Erstzugang ab Juni.

Saisonkräfte, volle Anstellungsmonate z. B. März, April, Mai: Erstzugang ab September (drei Monate nach drittem Anstellungsmonat).

Die **Zugangsdaten bleiben in den Folgejahren dieselben** – sowohl für Saisonkräfte bei wiederholenden Saisonen als auch im Falle eines Arbeitsplatzwechsels innerhalb des Tourismussektors.

Bearbeitung der Anträge in den Folgejahren

Saisonkräfte können, im Falle von wiederholender Saisonarbeit, fortlaufend Anträge auf Zuschüsse einreichen.

Die Bearbeitung dieser Anträge erfolgt jedoch für jedes Kalenderjahr **frühestens drei Monate nach dem dritten vollen Anstellungsmonat jeden Jahres.**

Beispiel Saisonkräfte:
vollständige Arbeitsmonate z. B. Januar, Februar, März,
Bearbeitung der Anträge frühestens im Juli.

Prestazioni odontoiatriche

Le prestazioni specialistiche odontoiatriche/ortodontiche vengono rimborsate solo secondo le modalità previste nei punti dell'area 'prestazioni specialistiche odontoiatriche'.
Come strutture convenzionate si intendono tutte quelle convenzionate con Mutual Help in nome di mySanitour⁺.

Cumulabilità dei sussidi

Qualora una prestazione sanitaria sia presente in più aree, verrà rimborsata con riferimento ad una sola area.

Esclusioni

I sussidi non sono concessi per prestazioni inerenti ● alla medicina estetica, ● alla medicina del lavoro, ● alla medicina legale, ● alla medicina dello sport, ● alla medicina olistica, ● all'agopuntura, ● alla chiropratica, ● all'iridologia, ● all'omeopatia, ● di psicologia, ● di prodotti farmaceutici, ● per copie di esami radiologici su CD, ● per il rilascio della patente e di attestati di idoneità, ● terapie farmacologiche, ● medicina complementare, ● naturopatia, ● diritti di segreteria, ● bolli.
Sono altresì escluse e quindi non riconosciute, ● le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia.

Richiesta di sussidio: Termine e modalità per la presentazione

La richiesta di sussidio dovrà pervenire a mySanitour⁺ mediante apposito modulo 'Richiesta di sussidi' nei seguenti modi:

a) tramite il **portale online** mysanitour-login con accesso attraverso il sito web www.mysanitour.it;
b) **oppure compilando il modulo '**Richiesta sussidi', disponibile sul sito web www.mysanitour.it:
   - per la spedizione della documentazione tramite posta ordinaria (il timbro postale vale come data di consegna);
   - per consegnare la documentazione presso lo sportello delle Casse Raiffeisen dell'Alto Adige con busta chiusa intestata a mySanitour⁺/Mutual Help;
   - per la consegna diretta alla sede di mySanitour⁺.

Tutte le richieste di sussidio dovranno pervenire a mySanitour⁺ improrogabilmente **entro e non oltre il 31 maggio dell'anno successivo** dalla data del documento fiscale, attestante le spese sostenute (fattura o ricevuta fiscale pagata), o della data di dimissione per i ricoveri. Il mancato rispetto di tale termine comporta l'estinzione del diritto al sussidio per tacita rinuncia da parte dell'interessato.

Le richieste di sussidio possono essere presentate, purché, la somma dei documenti allegati non sia inferiore a **15,00 € (quindici)**; pertanto, non verranno prese in esame richieste di rimborso delle spese sostenute inferiori a tale importo.

Documenti da allegare

L'elenco dei documenti da allegare alla richiesta sussidio è riportato nel presente Regolamento delle prestazioni del piano sanitario al termine del testo che dà diritto al sussidio. Tale elenco è meramente esemplificativo essendo facoltà di mySanitour⁺ richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

mySanitour⁺ non è tenuto alla restituzione di documenti presentati a seguito di richiesta sussidi ad eccezione della cartella clinica.

Il documento fiscale deve riportare chiara indicazione dell'avvenuto pagamento delle somme esposte, altrimenti deve essere allegata la ricevuta di pagamento effettuato.

Nel caso in cui l'iscritto abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto, mySanitour⁺ calcolerà il rimborso sull'importo residuo rimasto a carico dell'iscritto.

Leistungen der Zahnheilkunde

Die Leistungen der Zahnheilkunde/Kieferorthopädie werden nur nach den im Bereich „Fachärztlichen Zahnheilkunde/Kieferorthopädie" vorgesehenen Modalitäten erstattet.
Es gelten alle jene als konventionierte Strukturen, welche mit Mutual Help im Namen von mySanitour⁺ konventionert sind.

Kumulierbarkeit der Leistungen

Falls eine Gesundheitsleistung in mehreren Bereichen vorgesehen ist, wird die Leistung nur in einem Bereich erstattet.

Ausschlüsse

Die angeführten Zuschüsse werden nicht für Leistungen betreffend ● ästhetische Medizin, ● Arbeitsmedizin, ● Rechtsmedizin, ● Sportmedizin, ● alternativer Medizin, ● Akupunktur, ● Chiropraktik, ● Iridologie, ● Homöopathie, ● Psychologie, ● für Medikamente, ● für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, ● für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen, ● pharmakologische Therapien, ● Komplementärmedizin, ● Naturheilkunde, ● Verwaltungsgebühren, ● Stempelmarken gewährt.
Zudem ausgeschlossen und somit nicht anerkannt sind ● fachärztliche Untersuchungen von Personen ohne Abschluss in Medizin und Chirurgie.

Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen für die Antragsstellung

Der Antrag auf Unterstützung muss mySanitour⁺ mittels des entsprechenden Formulars „Antrag auf Unterstützung" auf folgende Weise zugestellt werden:

a) über das **Online-Portal** mysanitour-login mit Zugang über die Webseite www.mysanitour.it;
b) **oder anhand des Formulars** „Antrag auf Unterstützung", verfügbar auf der Webseite www.mysanitour.it;
   - zum Verschicken der Dokumentation mittels Post (das Datum des Poststempels gilt als Einreichdatum);
   - zur Abgabe der Dokumentation bei einem Schalter der Raiffeisenkassen Südtirols mit verschlossenem Kuvert adressiert an mySanitour⁺/Mutual Help;
   - zur Abgabe der Dokumentation am Sitz von mySanitour⁺.

Der Antrag auf Unterstützung muss **innerhalb 31. Mai des darauffolgenden Jahres** vom Ausstellungsdatum des Steuerbelegs (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung) bzw. vom Datum der Entlassung bei Krankenhausaufenthalten bei mySanitour⁺ eingereicht werden. Die Nichteinhaltung dieser Frist führt zum Erlöschen des Anspruchs auf den Zuschuss durch stillschweigenden Verzicht.

Der Antrag auf Unterstützung kann eingereicht werden, sofern die Summe der beigefügten Steuerbelege nicht unter **15,00 € (fünfzehn)** liegt, andernfalls werden die Anträge auf Unterstützung nicht berücksichtigt.

Beizulegende Dokumente

Die Unterlagen, die dem Antrag auf Unterstützung beizulegen sind, sind in der vorliegenden Durchführungsbestimmung am Ende des Textes aufgeführt, der Anspruch auf den Zuschuss gewährt. Diese Liste dient lediglich als Beispiel, da mySanitour⁺ berechtigt ist, vom Mitglied oder direkt von den zuständigen Stellen alle Unterlagen anzufordern, die es zur Bestätigung der Gültigkeit der beantragten Beihilfe für erforderlich hält.

mySanitour⁺ ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme der Krankengeschichte.

Das Steuerdokument muss einen eindeutigen Hinweis auf die erfolgte Zahlung der angegebenen Beträge enthalten, andernfalls muss die Zahlungsquittung beigelegt werden.

Falls das Mitglied bereits eine Erstattung für dieselbe Leistung von einer anderen Einrichtung erhalten hat, wird mySanitour⁺ den Zuschuss auf den zu Lasten des Mitglieds verbliebenen Betrag berechnen.

✧✧✧