

Guida al Piano Sanitario 2022

Prestazioni rimborsate in forma diretta dal Fondo

Roma e Provincia



Guida al Piano Sanitario – diretto FAST 2022

Fondo Assistenza Sanitaria Turismo – Roma e Provincia

ELENCO PRESTAZIONI RIMBORSATE DIRETTAMENTE DAL FONDO

1. TICKET SANITARI	pag.3
2. PACCHETTO MATERNITÀ	pag.4
3. TRATTAMENTI DI P.M.A (PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA)	pag.5
4. ASSISTENZA LAVORATORE NON AUTOSUFFICIENTE	pag.6
5. LONG CARE TERM – ASSISTENZA A FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI	pag.7
6. PREVENZIONE SPECIFICA PER LAVORATORI AFFETTI DA SINDROME DI DOWN	pag.8
7. LENTI DA VISTA	pag.8
8. VACCINI ANTINFLUENZALI	pag.9
I. COME RICHIEDERE UN RIMBORSO	pag.9
II. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	pag.10
III. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	pag.11

1. TICKET SANITARI

Il Fondo FAST rimborsa le prestazioni sanitarie effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale, con una franchigia non indennizzabile pari ad **euro 5** applicabile ad ogni singola voce di spesa, per le seguenti prestazioni:

- Indagini diagnostiche
- Ticket di pronto soccorso in relazione all'evento acuto. Non sono previsti successivi controlli o altro rispetto alla data dell'evento
- Prestazioni di terapia (intendendo per tali quelli elencati esclusivamente al **punto 6.2** del piano sanitario)
- Visite specialistiche
- Trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi (intendendo per tali esclusivamente quelli elencati al **punto 6.5.1** del piano sanitario).

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.

NON verranno rimborsate prestazioni che riportano come quesito diagnostico "controllo, accertamenti, follow-up, familiarità" e/o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per iscritto.

2. PACCHETTO MATERNITÀ

Le donne in gravidanza hanno diritto ad eseguire **gratuitamente** alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, tra cui i consultori familiari.

Consulta il [DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017](#) e l'[Allegato 10](#) per l'elenco delle prestazioni gratuite

Il fondo rimborsa le seguenti prestazioni:

- ecografie;
- amniocentesi;
- villocentesi
- **NIPT base** (test prenatale non invasivo): trisomie 13,18,21 e determinazione del sesso (**rimborso massimo pari ad euro 350**)
- analisi clinico chimiche;
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (6 in caso di gravidanza a rischio)*
- n. 1 visita anestesiologicala
- elettrocardiogramma

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Per il Nipt è richiesta descrizione certificata delle anomalie cromosomiche indagate qualora la voce di spesa non le riporti;
- Certificato attestante lo stato di gravidanza;
- Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia del certificato medico dal quale si evinca la patologia sottostante e almeno due visite ginecologiche devono rientrare nel periodo indicato dal certificato.*
- Per l'Indennità di parto è richiesto l'invio in copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico con i relativi giorni di degenza

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per evento.

Indennità di parto

In occasione del parto, e previa presentazione della scheda di dimissioni ospedaliera (SDO), il Fondo FAST corrisponderà un'indennità di € **80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7 giorni**. Per giorno ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Il rimborso di tale indennità è da considerarsi al di fuori del tetto massimo dei 1000 €

3. TRATTAMENTI DI P.M.A (PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA)

in via sperimentale dal 01/01/2020 al 31/12/2022

Per la coppia che si appresta alla P.M.A è possibile eseguire **gratuitamente** alcune prestazioni, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Consulta il [DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017](#) e l'[Allegato 10](#) per l'elenco delle prestazioni gratuite.

La seguente prestazione è da riferirsi ad un unico trattamento nel corso dell'intero ciclo di vita fertile della donna.

La prestazione può essere richiesta dalla coppia in cui almeno uno dei due componenti risulti regolarmente in copertura.

Possono accedere alla garanzia coppie composte da soggetti maggiorenni, coniugati o conviventi, in età potenzialmente fertile.

Rientra nella seguente prestazione oggetto di rimborso:

- Terapia di stimolo
- Prelievo ovociti/gameti
- Tecniche di inseminazione

Il fondo **NON** rimborsa tutti gli esami diagnostici / strumentali e analisi per il pre, durante e post trattamento dell'infertilità e tutto quello che non rientra nelle terapie e tecniche sopra evidenziate

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Autocertificazione dello stato di famiglia o certificazione anagrafica di famiglia dell'iscritto dalla quale risulti la composizione del nucleo familiare ed i rapporti di parentela.
- Copia del Piano Terapeutico PMA
- Prescrizione del medico curante per i trattamenti farmacologici indicati sul piano inserito
- Documenti di spesa ove si evinca la prestazione svolta e/o scontrini fiscali con il nome del farmaco acquistato indicato nel piano terapeutico inserito.
- Le voci di spesa devono essere intestate al titolare della garanzia o cointestate (iscritto al fondo e utilizzatore della prestazione)
- Nel caso in cui la prestazione venga fruita dal partner non iscritto, tale situazione deve essere indicata nella fattura

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 in un'unica soluzione per l'intera somma erogabile

4. ASSISTENZA AL LAVORATORE NON AUTOSUFFICIENTE

Il Fondo introduce, in via sperimentale, il rimborso per la prestazione di assistenza alla persona non autosufficiente.

Per “non autosufficiente” si intende una persona che a causa di una malattia, di infortunio, si trovi a non essere in grado di svolgere, del tutto o in parte, le più comuni attività della vita quotidiana in autonomia, come lavarsi, vestirsi, svestirsi, andare in bagno, mobilità etc.

I rimborsi erogati dal Fondo a favore dell'iscritto si riferiscono a prestazioni sociosanitarie quali:

- badanti, personale di supporto ed assistenza
- ricovero in residenze sanitarie assistite

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- certificato di accertamento dell'handicap emesso dalla commissione medica presso la U.S.L. di cui all'articolo 4 della legge 104/92, dal quale risulti che il soggetto si trovi in situazione di *handicap grave* (ai sensi art 3, comma 3, legge 104/92)
- per l'iscritto legalmente rappresentato da altra persona, si richiede copia dello stato di famiglia dal quale si evinca la parentela con il familiare per cui si richiede la prestazione
- attestazione di ricovero e programma di assistenza specifico, per le strutture di residenza sanitarie assistite con specifica delle spese sostenute

Per il rimborso delle prestazioni del personale di supporto e assistenza:

Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro - iscritto al fondo - dal quale si evinca:

- Nome e Cognome del lavoratore con funzione di supporto (colf/badante)
- Numero ore lavorate con retribuzione oraria
- Importo contributi versati
- Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 4.800,00 pro quota per i mesi di iscrizione annua

Informazioni aggiuntive:

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi. Pertanto, il fondo avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza del lavoratore.

Allo scadere dei due anni, qualora il fondo decida di prorogare la copertura, per il rinnovo viene richiesta da parte del fondo, una nuova verifica dello stato di non autosufficienza.

5. LONG CARE TERM – ASSISTENZA A FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

in via sperimentale dal 01/01/2020 al 31/12/2022

Il Fondo introduce, in via sperimentale, il rimborso per il Long Care Term, assistenza a familiari non autosufficienti, in condizioni di grave “non autosufficienza”.

Possono accedere alla richiesta di rimborso gli iscritti che risultano regolarmente in copertura da almeno 6 mesi dalla data della fattura richiesta.

Può usufruire della prestazione il familiare in linea retta o collaterale di 1° grado (figlio/a, marito/moglie, genitore/genitrice, fratello/sorella) per le famiglie di fatto il convivente purché presente nello stato di famiglia

Il fondo rimborsa le seguenti prestazioni:

1. Il 50% a carico dell’utente della quota per la retta di permanenza nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), accreditate ssn, come regolate dall’art. 3 del D.lg 502/92 e succ. modificazioni
2. retta in centri diurni integrati per interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria, semiresidenziali per non autosufficienti
3. retta di permanenza in strutture di riposo
4. assistenza infermieristica e/o riabilitativa domiciliare
5. badante

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Certificazione dello stato di famiglia dell’iscritto dalla quale risulti la composizione del nucleo familiare ed i rapporti di parentela con il familiare per cui si richiede l’erogazione.
- Per i genitori si richiede anche certificato storico dello stato di famiglia
- copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3 (“grave condizione di non autosufficienza”).
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi intestati al dipendente iscritto e/o cointestati con il familiare che ha usufruito delle prestazioni, nelle quali si evincano chiaramente le specifiche spese di assistenza sostenute per il soggetto non autosufficiente, fino a concorrenza della somma
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni riabilitative necessarie che devono corrispondere a quelle inserite in fattura
- Per il rimborso delle prestazioni di badante: Ricevuta attestante il versamento dei contributi all’INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro -iscritto al fondo - dal quale si evinca: - Nome e Cognome del lavoratore con funzione di supporto (badante) - Numero ore lavorate con retribuzione oraria - Importo contributi versati - Firma per ricevuta del lavoratore (badante)

La disponibilità per la presente copertura è di € 1.500,00 a nucleo familiare, in un’unica soluzione per l’intera somma erogabile

6. PREVENZIONE SPECIFICA PER LAVORATORI AFFETTI DA SINDROME DI DOWN

Per i lavoratori iscritti al fondo con Ds, il pacchetto di prevenzione prevede il rimborso per le seguenti prestazioni:

- valutazione deficit visivo/uditivo
- radiografia cervicale
- valutazione densità ossea

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Certificazione sindrome di Down (art. 3 comma 1 - Legge 104/1992)
- Copia della documentazione di spesa dalla quale si evinca la prestazione effettuata

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 ad iscritto.

7. LENTI DA VISTA

Il fondo prevede il rimborso delle lenti per occhiali da vista o per lenti a contatto (per le lenti giornaliere è ammessa un'unica richiesta per un massimo di 12 mesi di spesa). Tale prestazione è rimborsabile 1 volta ogni tre anni dalla data delle fatture presentate per difetti visivi con variazione di almeno 0,50 diottrie per occhio, nell'ambito del periodo di validità della copertura.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- documento di spesa dal quale deve evincersi chiaramente **il solo costo delle lenti** - max 2 lenti; o lenti a contatto, presentato in un'unica soluzione
- prescrizione/ certificato (con data non superiore ad un anno dalla data della fattura inviata) di un medico oculista indicante il deficit visivo precedente ed attuale
- certificato di conformità delle nuove lenti

Non verranno rimborsate spese inerenti alla montatura o altro al di fuori delle sole lenti da vista

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 100

8. VACCINI ANTINFLUENZALI

Vengono rimborsati: vaccini antinfluenzali trivalenti (TIV) che contengono due virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B, oltre a vaccini quadrivalenti che contengono due virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e due virus di tipo B

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Voce di spesa dalla quale si evinca la tipologia di vaccino
- La documentazione presentata deve contenere solo la prestazione oggetto di rimborso, al fine di agevolare future operazioni sia di rimborso che di dichiarazione 730

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 15

I. COME RICHIEDERE UN RIMBORSO

L'iscritto dovrà accedere alla propria AREA RISERVATA sul sito www.fondofast.it, previa registrazione e caricare tutta la documentazione necessaria al rimborso.

Le procedure di rimborso verranno effettuate dal Fondo con cadenza mensile direttamente sul conto corrente dell'iscritto.

II. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario salvo quanto previsto al punto "Neonati";
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici ad eccezione di quanto previsto al punto "Visite specialistiche" del Piano sanitario, riferito alle visite psichiatriche e successivo ciclo di sedute ;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni di implantologia" e "Prestazioni odontoiatriche particolari" del Piano sanitario;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- le cure, gli interventi e gli accertamenti finalizzati al trattamento dell'infertilità e quelli relativi alla fecondazione artificiale, salvo quanto previsto al punto "Trattamenti di PMA" del Piano sanitario;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

III. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età dell'Isritto, cessando automaticamente alla prima scadenza successiva al compimento di tale età da parte dell'isritto.

GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

Qualora Il Fondo FAST dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa dovrà venire trasmessa Fondo FAST - Via Toscana, 1 – 00187 Roma, altrimenti tutte le voci di spesa e relativi altri documenti necessari al rimborso verranno gestiti tramite area riservata per la lavorazione del sinistro.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita insieme ad altre necessaria documentazione. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

Per le prestazioni in via sperimentale l'invio della documentazione per il rimborso deve coincidere con il termine ultimo della sperimentazione.

