



Guida al Piano Sanitario 2022

Prestazioni rimborsate in forma diretta dal Fondo

MySanitour+



Guida al Piano Sanitario – diretto FAST 2022
Fondo Assistenza Sanitaria Turismo – MySanitour+

ELENCO PRESTAZIONI RIMBORSATE DIRETTAMENTE DAL FONDO

- | | |
|--|-------|
| 1. TRATTAMENTI DI P.M.A (PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA) | pag.3 |
| 2. LONG CARE TERM – ASSISTENZA A FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI | pag.4 |
| 3. VACCINI ANTINFLUENZALI | pag.5 |
| | |
| I. COME RICHIEDERE UN RIMBORSO | pag.6 |
| II. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | pag.6 |

1. 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

2. 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 socia-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

3. 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. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

ESTENZIONE 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'iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto.

GESTIONE DEI DOCUMENTI

Qualora Il Fondo FAST dovesse richiedere all'iscritto 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.

Al fini della lavorazione e successiva liquidazione delle pratiche oggetto di rimborso, si ricorda che tutti i documenti devono necessariamente essere in italiano o bilingue, altrimenti non verranno lavorate.

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.

