



Guide du plan de santé
Fondo FAST 2023
Fonds de soins de santé pour le
tourisme

**Service de conseil
Numéro vert 800-
016639**

**de l'étranger : préfixe pour l'Italie
+ 051.63.89.046**

horaires :

8 h 30 – 19 h 30 du lundi au vendredi

**Pour toutes les prestations de l'espace
Hospitalisation, il est CONSEILLÉ de
contacter au préalable le numéro
indiqué ci-dessus.**

En application des nouvelles dispositions du décret législatif 209/2005, art. 185 « Note d'information au contractant », la société informe que :

- la législation applicable au contrat est la législation italienne ;
- toute réclamation concernant la relation contractuelle ou la gestion des sinistres doit être adressée par écrit à :

Unisalute S.p.A. – Funzione Reclami Via Larga, 8 – 40138 Bologna fax : 051- 7096892 e-mail : reclami@unisalute.it.

Si le demandeur n'est pas satisfait du résultat de la réclamation ou en cas d'absence de réponse dans un délai maximum de quarante-cinq jours, il peut contacter l'IVASS, Service de protection des utilisateurs, Via del Quirinale, 21 – 00187 Rome, téléphone : 06.42.133.1. Les réclamations adressées à l'IVASS contiennent :

- a) le nom, le prénom et l'adresse du demandeur, avec éventuellement un numéro de téléphone ;
- b) l'identification de la ou des personnes dont le demandeur se plaint ;
- c) une brève description du motif de la plainte ;
- d) une copie de la réclamation soumise à la société ou à l'intermédiaire et toute rétroaction apportée à celle-ci ;
- e) tout document utile pour décrire plus en détail les circonstances pertinentes.

Les informations utiles pour la présentation des réclamations sont également disponibles sur le site Internet de la compagnie : www.fondofast.it. En ce qui concerne les litiges relatifs à la quantification des prestations et à l'attribution des responsabilités, il est rappelé que la compétence exclusive de l'Autorité judiciaire demeure, en plus de la possibilité de recourir à des systèmes de conciliation, le cas échéant.

Guide du plan de santé Fondo FAST Fonds de soins de santé en tourisme

Ce manuel a été préparé de manière à constituer un outil d'explication agile ;
il ne peut en aucun cas remplacer le contrat, dont il met exclusivement en
évidence les principales caractéristiques.

Le contrat reste donc le seul instrument valable pour une référence
complète et exhaustive.

Les prestations du plan sont garanties par :



2. ACCUEIL	4
3. COMMENT UTILISER LES PRESTATIONS DU PLAN	4
4. SERVICES EN LIGNE ET MOBILES	7
4.1 <i>Comment puis-je m'inscrire sur le site www.fondofast.it pour accéder aux services dans l'espace réservé des employés ?</i>	7
4.2 <i>Comment puis-je réserver en ligne des prestations dans les établissements de santé conventionnés ?</i>	7
4.3 <i>Comment puis-je mettre à jour mes données en ligne ?</i>	8
4.4 <i>Comment puis-je demander le remboursement d'une prestation ?</i>	8
4.5 <i>Comment puis-je consulter le relevé de compte et donc, l'état de mes demandes de remboursement ?</i>	8
4.6 <i>Comment puis-je consulter les prestations de mon plan de santé et les établissements de santé conventionnés ?</i>	9
4.7 <i>Comment puis-je obtenir des avis médicaux ?</i>	9
5. LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE EST ACTIVE	9
6. LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTÉ	9
6.1 HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS POUR CHIRURGIE, HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL/CHIRURGIE DE JOUR ET CHIRURGIE AMBULATOIRE (AU SENS DE CEUX ÉNUMÉRÉS AU POINT 9 CI-DESSOUS)	10
6.1.1 <i>Transport sanitaire</i>	13
6.1.2 <i>Hôpital de jour chirurgical/chirurgie de jour</i>	13
6.1.3 <i>Chirurgie ambulatoire</i>	13
6.1.4 <i>Nouveau-nés</i>	13
6.1.5 <i>Indemnité compensatrice</i>	14
6.1.6 <i>Le plafond de dépenses annuelles pour la zone d'hospitalisation pour chirurgie, hôpital de jour/chirurgie de jour, chirurgie ambulatoire</i>	14
6.2 DIAGNOSTIC D'IMAGES : RADIOLOGIE TRADITIONNELLE	14
6.3 VISITES DE SPÉCIALISTES	18
6.4 PROTHÈSES/AIDES MÉDICALES ORTHOPÉDIQUES	19
6.5 TRAITEMENTS PHYSIOTHÉRAPEUTIQUES	19
6.5.1 <i>Traitements physiothérapeutiques de réhabilitation suite à un accident ou à l'une des pathologies énumérées 20</i>	
6.5.2 <i>Traitements physiothérapeutiques de réhabilitation suite à une pathologie temporairement invalidante</i>	21
6.6 PRESTATIONS D'IMPLANTOLOGIE	21
6.7 AVULSION (EXTRACTION DES DENTS)	22
6.8 PRESTATIONS DENTAIRES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)	23
6.9 PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)	24
6.10 SERVICE MONITOR SALUTE	25
6.10.1 <i>Visites de spécialistes et examens diagnostiques pour pathologies chroniques</i>	26
6.11 SERVICES DE CONSEIL	27
7. CAS DE NON-OPÉRATION DU PLAN	27
8. QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES	29
8.1 EXTENSION TERRITORIALE	29
8.2 LIMITES D'ÂGE	29
8.3 GESTION DES DOCUMENTS DE DÉPENSES (FACTURES ET REÇUS)	29
9. LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES	30

2. BIENVENUE

Le « Guide du plan de santé » est un soutien utile pour la compréhension et l'utilisation de la couverture de santé. Nous vous recommandons de suivre les instructions du Guide chaque fois que vous utilisez le plan de santé.

Les services en ligne offerts par Fondo Fast

Sur www.fondofast.it, vous disposez d'un **espace réservé avec des fonctions en ligne pratiques** qui rendent l'utilisation du plan de santé encore plus rapide et facile.

Les services en ligne sont **actifs 24 heures sur 24 tous les jours de l'année** et sont également disponibles en version *mobile* pour les smartphones et les tablettes ! Pour en savoir plus, consultez le chapitre 4 du présent Guide.

3. COMMENT UTILISER LES PRESTATIONS DU PLAN

3.1 Si vous choisissez un établissement conventionné

Fondo FAST, à travers Unisalute, a conclu un accord avec un réseau d'établissements de santé privés qui garantissent des normes élevées en termes de professionnalisme médical, de technologie de la santé, de confort et d'hospitalité.

La liste des établissements de santé conventionnés est disponible sur www.fondofast.it dans l'espace réservé des employés ou en appelant le Centre opérationnel. Elle est toujours à jour et facilement consultable.

En utilisant les établissements conventionnés, vous bénéficiez de nombreux avantages :

- vous ne devez couvrir aucune dépense (sauf dans les cas prévus par les couvertures individuelles) car le paiement des prestations s'effectue directement entre Fondo FAST, UniSalute et l'établissement conventionné ;
- vous réduisez au minimum les temps d'attente entre la demande et la prestation.

Au moment de la prestation, qui doit être **préalablement autorisée par Fondo Fast, à travers Unisalute**, vous devez présenter à l'établissement conventionné un document d'identité et, sur demande, l'ordonnance du médecin traitant avec l'indication de la pathologie ou de la question diagnostique et les prestations diagnostiques et/ou thérapeutiques requises. Par question diagnostique, on entend le diagnostic déjà établi ou suspecté,

ou le symptôme prédominant qui doit être signalé sur la demande d'examens ou de visites médicales.

Fondo FAST, à travers Unisalute, paiera les frais pour les prestations de santé autorisées directement à l'établissement conventionné. Vous ne devrez couvrir des frais au sein de l'établissement conventionné que dans les cas où une partie d'une prestation n'est pas comprise dans les prestations du plan de santé.

Important

Avant une prestation dans un établissement conventionné, vérifiez si le médecin choisi est conventionné par UniSalute pour Fondo FAST. Utilisez la **fonction de réservation sur le site www.fondofast.it** dans l'espace réservé des employés ; c'est pratique et rapide !

3.2 Si vous choisissez un établissement non conventionné

Pour vous garantir la plus grande liberté de choix, le plan de santé peut également prévoir la possibilité d'utiliser des établissements de santé privés non conventionnés. Le remboursement des frais engagés se fera comme prévu pour les prestations individuelles.

Pour demander le remboursement des frais, rendez-vous sur www.fondofast.it dans l'espace réservé des employés : vous pouvez envoyer les documents directement depuis le site.

Demande de remboursement en ligne

Demandez en ligne le remboursement des frais : envoyez les documents en format électronique (charger) et gagnez du temps !

Vous trouverez ci-dessous les documents généralement requis pour le remboursement des frais de santé encourus, sauf dans les cas prévus par les couvertures individuelles du plan de santé :

- remplissez les champs requis depuis votre espace réservé sur le site www.fondofast.it ;
- en cas d'**hospitalisation pour chirurgie**, une copie du dossier médical, accompagnée de l'autorisation de sortie de l'hôpital (SDO), conforme à l'original ;

- en cas d'**intervention chirurgicale ambulatoire**, une copie complète de la documentation clinique ;
- en cas d'**indemnité journalière d'hospitalisation pour chirurgie**, une copie du dossier médical, accompagnée de l'autorisation de sortie de l'hôpital (SDO), conforme à l'original ;

Toute la documentation médicale relative aux prestations antérieures et postérieures à l'hospitalisation et qui y est liée, doit être envoyée avec celle de l'événement auquel elle se réfère.

- pour **toutes les autres prestations**, une copie de l'ordonnance contenant la pathologie ou la question diagnostique, par le médecin traitant. Par question diagnostique, on entend le diagnostic déjà établi ou suspecté, ou le symptôme prédominant qui doit être signalé sur la demande d'examen ou de visites médicales ;
- une copie de la **documentation de dépenses** (bordereaux et reçus) qui indique l'acquittement et la spécification de la prestation effectuée.

Pour une évaluation correcte de la demande de remboursement, Fondo FAST, à travers UniSalute, aura toujours la faculté de demander également la production des originaux.

Fondo FAST, à travers UniSalute, peut exiger des examens médicaux, y compris par l'octroi d'une autorisation spécifique pour dépasser l'obligation de secret professionnel à laquelle sont soumis les médecins ayant effectué des visites et des traitements.

3.3 Si vous choisissez le Service national de santé

Si vous utilisez le Service national de santé (S.S.N.) ou des établissements privés accrédités par le S.S.N., vous pouvez demander le remboursement des billets sur www.fondofast.it dans l'espace réservé des employés. C'est facile et rapide !

Évaluation de l'indemnité compensatrice en 20 jours

Demandez en ligne le remboursement de l'indemnité compensatrice : suivez la courte procédure guidée et envoyez les documents en format électronique. Gagnez du temps et recevez l'évaluation de votre demande dans les 20 jours !

4. SERVICES EN LIGNE ET MOBILES

De nombreux services pratiques à votre disposition 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Sur le site www.fondofast.it dans l'espace réservé des employés, vous pouvez :

- **réserver** dans les établissements conventionnés diverses prestations prévues par votre plan de santé, non liées à une hospitalisation, et **recevoir rapidement la confirmation du rendez-vous** ;
- **vérifier et mettre à jour vos données** et vos **coordonnées bancaires** ;
- demander les **remboursements des prestations et envoyer la documentation directement depuis le site (charger)** ;
- afficher le **relevé de compte** avec l'état de traitement des demandes de remboursement ;
- consulter les **prestations** de votre **plan de santé** ;
- consulter la liste des **établissements de santé conventionnés** ;
- obtenir des **avis médicaux**.

4.1 *Comment puis-je m'inscrire sur le site www.fondofast.it pour accéder aux services dans l'espace réservé des employés ?*

Sur la page d'accueil du site www.fondofast.it, en cliquant sur « Inscription des employés », vous procédez à une nouvelle inscription. Lors de l'inscription, un e-mail de confirmation vous sera envoyé avec les informations d'identification d'accès pour votre espace réservé.

4.2 *Comment puis-je réserver en ligne des prestations dans les établissements de santé conventionnés ?*

Grâce à votre espace réservé sur www.fondofast.it, vous pouvez réserver dans les établissements conventionnés en accédant à la fonction « Réservation de visites/examens ».

En fonction de vos besoins, vous pouvez :

- réserver directement la prestation en remplissant le formulaire approprié ;
- afficher tous les détails relatifs à votre réservation ;
- annuler ou modifier une réservation.

Réservation rapide

Réservez en ligne et profitez du service de **réservez rapide** !

4.3 Comment puis-je mettre à jour mes données en ligne ?

Entrez dans l'espace des employés et **accédez à la rubrique « Mettre à jour les données »**. En fonction de vos besoins, vous pouvez :

- mettre à jour l'adresse et les données bancaires (code IBAN) ;
- nous communiquer votre numéro de téléphone portable et votre adresse e-mail pour recevoir confortablement sur votre téléphone portable ou sur votre boîte de messagerie les messages utiles.

Systeme de messagerie par e-mail et par SMS

Recevez une **confirmation du rendez-vous** fixé dans l'établissement de santé conventionné avec indication du lieu, de la date et de l'heure du rendez-vous ; la **communication de l'autorisation** d'effectuer la prestation ; la **demande du code IBAN**, le cas échéant ; la confirmation du **remboursement**.

4.4 Comment puis-je demander le remboursement d'une prestation ?

Entrez dans l'espace réservé, accédez à la rubrique « Créer une pratique » et sélectionnez la fonction d'intérêt.

Demande de remboursement en ligne

Demandez en ligne le remboursement des prestations : **envoyez les documents en format électronique (charger) et gagnez du temps** !

4.5 Comment puis-je consulter le relevé de compte et donc, l'état de mes demandes de remboursement ?

Directement à partir de votre espace réservé, vous pouvez vérifier rapidement l'état de votre pratique en cliquant sur « Relevé de compte ».

La **mise à jour des données est quotidienne** et vous pouvez la consulter à tout moment pour connaître en temps réel le processus et l'issue de chacune de vos demandes de remboursement, afficher pour quelles demandes de remboursement vous devez envoyer des documents manquants, accélérant ainsi la procédure de remboursement, ou les motifs du défaut de paiement.

Pour chaque document, en plus des données d'identification du document lui-même, le montant que nous avons remboursé et celui qui reste à votre charge sont indiqués. Toutes les pages affichées sont imprimables.

4.6 Comment puis-je consulter les prestations de mon plan de santé et les établissements de santé conventionnés ?

Connectez-vous au site en cliquant sur Entrer/Se connecter et **accédez à la rubrique « Prestations et établissements conventionnés »**.

Sélectionnez la fonction qui vous intéresse pour afficher les prestations de votre plan de santé ou la liste des établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST.

4.7 Comment puis-je obtenir des avis médicaux ?

Dans l'espace des employés, vous disposez de la fonction « le médecin répond », à travers laquelle vous pouvez obtenir des avis médicaux en ligne, directement sur votre e-mail. Si vous avez des doutes concernant votre santé et que vous voulez l'avis médical d'un spécialiste, c'est l'endroit idéal pour parler de soins, pour demander des conseils et faire face aux problèmes et aux incertitudes concernant votre bien-être.

Entrez et envoyez vos questions à nos médecins. Ils vous répondront par e-mail, dans les plus brefs délais. Les réponses aux questions les plus intéressantes et aux sujets d'intérêt majeur sont publiées sur le site à la disposition des employés, dans l'anonymat le plus absolu.

5. LES PERSONNES POUR LESQUELLES LA COUVERTURE EST ACTIVE

Le plan de santé est prêté en faveur des employés des entreprises qui appliquent la Convention collective nationale de travail du secteur du tourisme, inscrits à Fondo Fast, conformément à ce qui est indiqué dans leur règlement.

6. LES PRESTATIONS DU PLAN DE SANTÉ

Le plan de santé est opérationnel en cas de maladie et d'accident survenus pendant l'opération du plan de santé pour les prestations suivantes :

- HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS POUR CHIRURGIE, HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL/CHIRURGIE DE JOUR, CHIRURGIE AMBULATOIRE (AU SENS DE CEUX ÉNUMÉRÉS AU POINT 9 CI-DESSOUS)
- DIAGNOSTIC D'IMAGES : RADIOLOGIE TRADITIONNELLE
- VISITES DE SPÉCIALISTES
- PROTHÈSES/AIDES MÉDICALES ORTHOPÉDIQUES
- TRAITEMENTS PHYSIOTHÉRAPEUTIQUES DE RÉÉDUCATION
- PRESTATIONS D'IMPLANTOLOGIE
- AVULSION (EXTRACTION DENTAIRE)
- PRESTATIONS DENTAIRES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)
- PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)
- SERVICE MONITOR SALUTE
- SERVICES DE CONSEIL

6.1 HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS POUR CHIRURGIE, HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL/CHIRURGIE DE JOUR ET CHIRURGIE AMBULATOIRE (AU SENS DE CEUX ÉNUMÉRÉS AU POINT 9 CI-DESSOUS)

Par hospitalisation, on entend le séjour dans un établissement de soins comportant une nuitée ; la seule intervention de premiers secours ne constitue pas une hospitalisation. Si l'adhérent est hospitalisé pour une intervention chirurgicale, au sens de l'un de ceux énumérés au point 9 ci-dessous, il peut bénéficier des prestations suivantes :

<p>PRÉ-HOSPITALISATION</p>	<p>Examens, diagnostics et visites de spécialistes effectués dans les 60 jours précédant le début de l'hospitalisation, à condition qu'ils soient nécessaires en raison de la maladie ou de l'accident ayant conduit à l'hospitalisation.</p> <p>Cette couverture est fournie sous forme exclusivement remboursable.</p>
<p>INTERVENTION CHIRURGICALE</p>	<p>Honoraires du chirurgien, de l'aidant, de l'assistant, de l'anesthésiste et de toute autre personne participant à l'intervention (résultant du rapport d'opération) ; droits de salle d'opération et matériel d'intervention, y compris les endoprothèses.</p>

<p style="text-align: center;">ASSISTANCE MÉDICALE, MÉDICAMENTS, SOINS</p>	<p>Prestations médicales et infirmières, conseils médico-spécialistes, médicaments, examens, diagnostics et traitements physiothérapeutiques et de rééducation durant la période d'hospitalisation.</p>
<p style="text-align: center;">TARIF HOSPITALIER</p>	<p>Les dépenses somptuaires ne sont pas incluses dans la prestation. En cas d'hospitalisation dans un établissement de soins non conventionné par UniSalute pour Fondo FAST, les frais encourus sont remboursés dans la limite de 300,00 € par jour.</p>
<p style="text-align: center;">ACCOMPAGNEUR</p>	<p>Repas et nuitée de l'accompagnateur dans l'établissement de soins ou dans une structure hôtelière. En cas d'hospitalisation dans un établissement de soins non conventionné par UniSalute pour Fondo FAST, la couverture est fournie dans la limite de 50,00 € par jour pour un maximum de 30 jours par hospitalisation.</p>
<p style="text-align: center;">SOINS INFIRMIERS PRIVÉS INDIVIDUELS</p>	<p>Soins infirmiers privés individuels dans la limite de 60,00 € par jour pour un maximum de 30 jours par hospitalisation. Cette couverture est fournie exclusivement sous forme remboursable.</p>
<p style="text-align: center;">POST- HOSPITALISATION</p>	<p>Examens et diagnostics, prestations médicales, chirurgicales et infirmières (ces dernières si la demande est certifiée au moment de la sortie de l'établissement de soins), traitements physiothérapeutiques ou rééducatifs et traitements thermaux (à l'exclusion dans tous les cas des frais de nature hôtelière) effectués dans les 60 jours suivant la fin de l'hospitalisation, à condition qu'ils soient nécessaires en raison de la maladie ou de l'accident ayant conduit à l'hospitalisation. Les médicaments prescrits par le médecin traitant lors de la sortie de l'établissement de soins sont couverts. Cette couverture est fournie exclusivement sous forme directe dans des établissements de santé et avec un personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST. Pour les médicaments, les soins infirmiers et les soins thermaux, la couverture est fournie exclusivement sous forme remboursable.</p>

- **En cas d'utilisation d'établissements de santé et de personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**

Les frais pour les prestations fournies au membre sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'Unisalute, aux établissements conventionnés avec l'application d'un découvert de **10 %** à la charge du membre, qui doit être payé par le membre à l'établissement conventionné au moment de l'utilisation de la prestation, sous réserve des limitations prévues aux couvertures individuelles.

- ***En cas d'utilisation d'établissements non conventionnés***

Les frais relatifs aux prestations effectuées sont remboursés dans la mesure de **80 %** avec l'application d'un minimum non indemnisable de **2 000,00 € par intervention**, sous réserve des limitations prévues aux couvertures individuelles. Le remboursement sera effectué dans la limite d'une sous-limitation de **8 000,00 €** pour chaque intervention effectuée, dans la limite des dépenses annuelles totales de la zone d'hospitalisation.

Ce mode de prestation sera activé uniquement si l'adhérent était domicilié dans une province sans établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST. Sinon, il est entendu que l'adhérent devra utiliser un établissement de santé conventionné, en le choisissant parmi tous ceux conventionnés.

Si dans un **établissement conventionné par UniSalute pour Fondo FAST, une intervention chirurgicale est effectuée par un personnel médical non conventionné**, tous les frais relatifs à l'hospitalisation seront remboursés selon les mêmes modalités prévues en cas d'hospitalisation dans des établissements non conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST (donc, dans la mesure de **80 %** avec l'application du minimum non indemnisable de **2 000,00 €** et avec un maximum de **8 000,00 €** par intervention).

Ce mode de prestation sera activé uniquement si l'adhérent était domicilié dans une province sans établissements de santé conventionnés, avec des médecins conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST. Sinon, il est entendu que l'adhérent devra utiliser un établissement de santé conventionné avec des médecins conventionnés, en le choisissant parmi tous ceux conventionnés.

- ***En cas d'utilisation d'établissements du Service national de santé***

En cas d'**hospitalisation dans des établissements du Service national de santé ou accrédités par lui sous forme d'assistance directe**, et donc avec un coût à charge complète du S.S.N., la couverture prévue au point « **Indemnité compensatrice** » sera activée.

Si le membre couvre pendant l'hospitalisation des frais pour traitement hôtelier ou pour billets sanitaires, le Fonds rembourse intégralement, dans les limites prévues aux différents points, les éventuels frais pour le traitement hôtelier ou pour les billets sanitaires restés à la charge du membre pendant l'hospitalisation. Dans ce cas, cependant, le membre ne pourra pas bénéficier de l'indemnité compensatrice.

6.1.1 **Transport sanitaire**

Le Fonds rembourse les frais de transport de l'adhérent en ambulance, avec unité de cardiologie mobile et avec avion sanitaire à l'établissement de soins, de transfert d'un établissement de soins à un autre et de retour à son domicile avec un maximum de **1 500,00 €** par hospitalisation.

6.1.2 **Hôpital de jour chirurgical/chirurgie de jour**

Les interventions chirurgicales sont celles énumérées au point 9 ci-dessous.

Dans le cas d'un hôpital de jour chirurgical/chirurgie de jour, Fondo FAST via UniSalute paie les frais pour les prestations prévues aux points « Hospitalisation dans un établissement de soins pour chirurgie, hôpital de jour/chirurgie de jour, chirurgie ambulatoire » et « Transport sanitaire » avec les limites correspondantes indiquées dans ceux-ci.

La couverture n'est pas opérationnelle pour les visites de spécialistes, les analyses cliniques et les examens instrumentaux effectués à des fins de diagnostic uniquement.

6.1.3 **Intervention chirurgicale ambulatoire**

Les interventions chirurgicales ambulatoires sont celles énumérées au point 9 ci-dessous.

Fondo FAST, via UniSalute, paie les frais pour les prestations prévues au point « Hospitalisation dans un établissement de soins pour chirurgie, hôpital de jour/chirurgie de jour, chirurgie ambulatoire », et aux points « Pré-hospitalisation », « Chirurgie », « Assistance médicale, médicaments, soins », « Post-hospitalisation » et « Transport sanitaire », avec les limites correspondantes indiquées dans ceux-ci.

6.1.4 **Nouveau-nés**

Fondo FAST, via UniSalute, paie les frais pour les interventions chirurgicales effectuées dans la première année de vie du nouveau-né pour la correction des malformations congénitales, y compris les visites et les tests de diagnostic avant et après l'intervention, ainsi que la nourriture et l'hébergement de l'accompagnateur dans l'établissement de soins ou dans une structure hôtelière durant la période de l'hospitalisation, dans la limite annuelle de **10 000,00 €** par nouveau-né.

6.1.5 Indemnité compensatrice

Si l'adhérent ne demande aucun remboursement au Fonds, ni pour l'hospitalisation ni pour toute autre prestation qui y est liée, il aura droit à une indemnité de **80,00 €** par jour d'hospitalisation, pour les **30** premiers jours d'hospitalisation. À partir du **31^e** jour d'hospitalisation, l'indemnité est augmentée à **100,00 €** par jour d'hospitalisation, pour un maximum de **100** jours par hospitalisation.

Comme déjà mentionné, par hospitalisation, on entend le séjour dans un établissement de soins comportant une nuitée : c'est pourquoi, au moment du calcul de l'indemnité compensatrice, les montants indiqués ci-dessus sont payés pour chaque nuit passée dans l'établissement de soins.

6.1.6 Le plafond de dépenses annuelles pour la zone d'hospitalisation pour chirurgie, hôpital de jour/chirurgie de jour, chirurgie ambulatoire.

Le plan de santé prévoit un plafond de dépenses annuelles qui s'élève à **90 000,00 €** par année associative et par adhérent. Cela signifie que si ce chiffre est atteint au cours de l'année, il n'y a plus la possibilité de bénéficier de prestations supplémentaires. La couverture reprendra l'année suivante pour les événements qui se produiront dans la nouvelle période. Cependant, les événements survenus l'année précédente ne pourront plus être remboursés.

6.2 DIAGNOSTIC D'IMAGES : RADIOLOGIE TRADITIONNELLE

Le Fonds paie les frais pour les prestations extrahospitalières suivantes :

Radiologie conventionnelle (sans contraste) ;

- Examens radiologiques de l'appareil ostéoarticulaire (rx colonne vertébrale) ;
- Mammographie/mammographie bilatérale (il est précisé que pour cette prestation, seule l'ordonnance médicale est requise, mais pas la pathologie, donc l'ordonnance avec indication « contrôle » ou « prévention » ou autre sera également corrigée) ;
- Orthopantomographie ;
- Rx d'organe du système ;
- Rx endobuccaux ;

- Rx de l'œsophage ;
- Rx de l'œsophage, examen direct ;
- Rx du tube digestif avec étude de l'intestin grêle ;
- Rx du tube digestif ;
- Rx du tube digestif, premières voies ;
- Rx du tube digestif, secondes voies ;
- Stratigraphie.

Radiologie conventionnelle (avec contraste)

- Angiographie ;
- Lavement baryté et/ou en double contraste ;
- Hystérosalpingographie et/ou sonohystérosalpingographie et/ou sonohystérographie et/ou sonosalpingographie ;
- Tout examen de contraste en radiologie interventionnelle ;
- Urographie ;
- Tout examen de contraste de l'appareil digestif.

Diagnostic par imagerie (échographie)

- Échographie mammaire
- Écho de l'abdomen supérieur et inférieur
- Échographie pelvienne avec sonde transvaginale.
- Échographie prostatique même transrectale

Échographie Doppler couleur ;

- Écho-doppler cardiaque y compris couleur ;
- Écho-doppler couleur membres inférieurs et supérieurs ;
- Écho-doppler couleur aorte abdominale ;
- Écho-doppler couleur troncs supra-aortiques ;
- Échographie Doppler couleur de la thyroïde.

Diagnostic par imagerie élevé

- Angio TC ;
- Angio TC districts eso ou intracrâniens ;
- TC spirale multicouche haute définition ;
- TC avec et sans produit de contraste ;

- Ciné RM du cœur ;
- Angio RM avec contraste ;
- IRM avec et sans produit de contraste ;
- Tomographie par émission de positons (PET) par organe-district-appareil ;
- Scintigraphie de tout appareil ou organe (y compris la scintigraphie myocardique) ;
- Tomoscintigraphie SPET myocardique ;
- Scintigraphie corporelle totale avec cellules autologues marquées.

Diagnostic instrumental et spécialisé

- Électromyographie ;
- Campimétrie ;
- Électrocardiogramme (ecg) dynamique avec dispositifs analogiques (holter) ;
- Électroencéphalogramme (EEG) avec privation de sommeil ;
- Électroencéphalogramme (EEG) dynamique 24 heures ;
- Électroencéphalogramme ;
- Électrorétinogramme ;
- Surveillance continue (24 heures) de la pression artérielle ;
- Ph métrie œsophagienne gastrique ;
- Potentiels évoqués ;
- Spirométrie ;
- Tomographie carte instrumentale de la cornée ;
- Coronarographie ;
- Échographie endovasculaire ;
- Examen urodynamique ;
- Fluoangiographie oculaire ;

Biopsie

- Toutes.

Divers

- Biopsie du ganglion sentinelle ;
- Hémogasanalyse artérielle ;

- Lavage broncho-alvéolaire endoscopique ;
- Recherche du ganglion sentinelle et du point de repère.

Endoscopes de diagnostic

- Cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique (C.P.R.E.) ;
- Cystoscopie diagnostique ;
- Œsophago-gastro-duodéoscopie ;
- Pancoloscopie diagnostique ;
- Rectoscopie diagnostique ;
- Rectosigmoïdoscopie diagnostique ;
- Trachéobronchoscopie diagnostique.

Les endoscopies opérationnelles s'entendent délivrées avec une sous-limite par rapport à celle du « Diagnostic d'image : radiologie traditionnelle » de **2 000,00 €** par année associative et par personne.

Traitement

- Chimiothérapie ;
- Radiothérapie ;
- Dialyse ;
- Laserthérapie à des fins physiothérapeutiques.

La thérapie au laser à des fins de physiothérapie opératoire s'entend délivrée avec une sous-limitation par rapport à celle du « Diagnostic d'image : radiologie traditionnelle » de **200,00 €** par année associative et par personne.

- **En cas d'utilisation d'établissements de santé et de personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**

Les frais pour les prestations fournies au membre sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'Unisalute, aux établissements eux-mêmes, en laissant une taxe à la charge du membre de **35,00 €** pour chaque diagnostic ou cycle de thérapie, qui doit être payé par le membre à l'établissement conventionné au moment de l'utilisation de la prestation. Le membre devra également présenter à l'établissement l'ordonnance de son médecin traitant contenant la pathologie ou la question diagnostique. Aucune prestation prescrite pour « contrôle, vérification, suivi » ou similaire ne sera remboursée.

- **En cas d'utilisation d'établissements non conventionnés**

Les frais engagés sont remboursés dans la mesure de **75 %** avec l'application d'un minimum non indemnisable de **55,00 €** pour chaque diagnostic ou cycle de thérapie. Pour obtenir le remboursement par le Fonds, il est nécessaire que le membre joigne à la copie de la facture la copie de la demande du médecin traitant contenant la pathologie ou la question diagnostique. Aucune prestation prescrite pour « contrôle, vérification, suivi » ou similaire ne sera remboursée.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 6 000,00 € par adhérent.

6.3 VISITES DE SPÉCIALISTES

Fondo FAST, via Unisalute, paie les frais pour les visites de spécialistes à la suite d'une maladie ou d'un accident, à l'exclusion des visites dentaires et orthodontiques.

Par dérogation aux dispositions du chapitre « Cas de non-opération du plan » au point 2, seule une première visite psychiatrique est couverte afin de vérifier la présence d'une éventuelle pathologie et ensuite, un cycle de psychothérapie par des sujets habilités conformément à la loi en vigueur, d'un maximum de 6 séances.

Les documents de dépenses (factures et reçus) doivent porter l'indication de la spécialité du médecin qui, aux fins du remboursement, devra être pertinente à la pathologie dénoncée.

Cette couverture est fournie uniquement si l'adhérent utilise des **établissements de santé** et un **personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**.

Les frais pour les prestations fournies au membre sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'Unisalute, aux établissements eux-mêmes en laissant une taxe à la charge du membre de **15,00 €** pour chaque visite de spécialiste, qui doit être payée à l'établissement conventionné au moment de l'utilisation de la prestation. Le membre devra présenter à l'établissement l'ordonnance de son médecin traitant contenant la pathologie ou la question diagnostique. Aucune prestation prescrite pour « contrôle, vérification, suivi » ou similaire ne sera remboursée.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 700,00 € par adhérent.

6.4 PROTHÈSES/AIDES MÉDICALES ORTHOPÉDIQUES

Fondo FAST, via UniSalute, rembourse les frais d'achat ou de location de prothèses orthopédiques. Les aides médicales orthopédiques sont également couvertes, à condition qu'elles soient spécialement prescrites et avec indication de la motivation, telles que :

poussettes, trépieds, semelles, chaussures orthopédiques, chevillères, bustes et corsets orthopédiques, genouillères et tout dispositif élastomère et/ou de traction toujours spécialement prescrits et avec indication de la motivation.

Pour obtenir le remboursement, il sera nécessaire d'envoyer une copie de l'ordonnance médicale attestant de la nécessité de l'utilisation des moyens et des aides orthopédiques avec l'indication de la pathologie.

Il sera également nécessaire d'envoyer une copie de la facture ou du reçu dans lequel le produit acheté ou loué est indiqué et, dans les cas où le reçu n'indique pas le type de produit, il faudra envoyer une déclaration du vendeur estampillée et signée, indiquant le produit acheté et loué.

Les frais engagés sont remboursés dans la mesure de 80 % par facture.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 2 500,00 € par adhérent.

6.5 TRAITEMENTS PHYSIOTHÉRAPEUTIQUES

La disponibilité annuelle pour l'ensemble des prestations mentionnées aux points « Traitements physiothérapeutiques de rééducation suite à un accident ou à l'une des pathologies énumérées » et « Traitements physiothérapeutiques de rééducation suite à une pathologie temporairement invalidante » correspond à 350,00 € par adhérent. Une sous-limite de 250,00 € est prévue pour l'acupuncture.

6.5.1 Traitements physiothérapeutiques de réhabilitation suite à un accident ou à l'une des pathologies énumérées

Fondo FAST, via Unisalute, paie les frais pour les traitements physiothérapeutiques suite à un accident en présence d'un certificat de premiers secours, indiquant le traitement physiothérapeutique à effectuer.

Si la certification ne mentionne pas le traitement physiothérapeutique à effectuer, la prestation peut également être fournie en présence d'une ordonnance médicale d'un spécialiste d'une durée maximale de 7 jours à compter de la date indiquée sur le certificat de premiers secours.

Sont également inclus les traitements thermaux (à l'exclusion dans tous les cas des frais de nature hôtelière) uniquement à des fins de rééducation, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin « de base » ou un spécialiste dont la spécialisation est inhérente à la pathologie dénoncée, et qu'ils soient effectués par un personnel médical ou paramédical qualifié en thérapie de rééducation, dont le titre doit être prouvé par le document de dépenses.

L'acupuncture est également prévue à des fins antalgiques.

Cette prestation est également active pour des pathologies particulières telles que :

- Accident vasculaire cérébral ;
- Formes néoplasiques ;
- Formes neurologiques dégénératives ou neuro-myopathiques telles que, à titre d'exemple, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la sclérose en plaques, la sclérose amyotrophique et la maladie de Huntington.

Les prestations effectuées dans les salles de sport, les clubs de gymnastique et de sport, les cabinets esthétiques, les hôtels de santé, les hôtels médicaux, les centres de bien-être, mais avec un centre médical annexe, ne sont pas couvertes.

Cette couverture est fournie sous forme exclusivement remboursable.

Les frais engagés sont remboursés dans la mesure de **75 %** par facture.

6.5.2 Traitements physiothérapeutiques de réhabilitation suite à une pathologie temporairement invalidante

Fondo FAST, via Unisalute, paie les frais pour les **traitements physiothérapeutiques, à la suite d'une pathologie temporairement invalidante**, conformément à la liste ci-dessous, uniquement à des fins de réhabilitation, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin « de base » ou par un spécialiste dont la spécialisation est inhérente à la pathologie dénoncée, et qu'ils soient effectués par un personnel médical ou un professionnel de la santé qualifié en thérapie de réhabilitation, dont le titre doit être prouvé par le document de dépense.

Les prestations effectuées dans les salles de sport, les clubs de gymnastique et de sport, les cabinets esthétiques, les hôtels de santé, les hôtels médicaux, les centres de bien-être, mais avec un centre médical annexe, ne sont pas couvertes.

Liste des pathologies à la suite desquelles la couverture est prévue :

- Maladies cardiovasculaires temporairement invalidantes ;
- Maladies neurologiques temporairement invalidantes ;
- Interventions de restauration temporaire des membres ;
- Fractures pathologiques de grade élevé temporairement invalidantes.

Cette couverture est fournie uniquement si l'adhérent utilise des **établissements de santé** et un **personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**.

Les frais pour les prestations effectuées sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements eux-mêmes, sans application d'aucun montant à la charge de l'adhérent.

6.6 PRESTATIONS D'IMPLANTOLOGIE

Par dérogation aux dispositions du point « Cas de non-opération du plan », au point 3, Fondo FAST paie les prestations d'implantologie dentaire.

La couverture fonctionne dans le cas de l'application d'un nombre de 1, 2, 3 ou plus d'implants, prévus dans le même plan de soins.

Le positionnement de l'implant, l'avulsion éventuelle, l'élément définitif, l'élément provisoire et les tenons et couronnes relatifs à/aux implant(s) sont couverts.

À des fins liquidatives, les radiographies et les rapports radiologiques et orthographiques antérieurs et ultérieurs à l'installation de (des) implant(s) doivent être produits dans l'établissement sanitaire où la prestation est effectuée.

Cette couverture est fournie uniquement si l'adhérent utilise des **établissements de santé et un personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**.

Les frais pour les prestations fournies à l'adhérent sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements conventionnés.

Si le coût total des prestations dépasse la disponibilité annuelle prévue, le montant excédentaire doit être payé directement par l'adhérent à l'établissement conventionné.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 2 500,00 € par membre. Une sous-limite annuelle de 1 100,00 € par membre est prévue dans le cas de l'application de deux implants et une sous-limite annuelle de 600,00 € dans le cas de l'application d'un implant.

Il est précisé que, si au cours de la même année associative, après l'application d'un implant, il était nécessaire de greffer un deuxième implant, celui-ci sera liquidé dans le cadre de la sous-limite de

1 100,00 € net de ce qui est déjà autorisé ou réglé.

6.7 AVULSION (EXTRACTION DENTAIRE)

Par dérogation aux dispositions du point « Cas de non-opération du plan » au point 3, Fondo FAST, via UniSalute, paie les prestations d'avulsion (extraction) jusqu'à un maximum de 4 dents par an.

À des fins liquidatives, les radiographies et les rapports radiologiques et orthographiques antérieurs et postérieurs à la prestation doivent être produits à l'établissement de santé où la prestation est effectuée.

Cette couverture est fournie uniquement si l'adhérent utilise des établissements de santé et un personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST.

Les frais pour les prestations fournies à l'adhérent sont réglés directement et intégralement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements conventionnés.

Si le nombre total de prestations dépasse le nombre indiqué ci-dessus, le montant excédentaire doit être payé directement par l'adhérent à l'établissement conventionné.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 250,00 € par adhérent.

6.8 PRESTATION DENTAIRES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)

Par dérogation aux dispositions du point « Cas de non-opération du plan » au point 3, Fondo FAST via Unisalute, paie dans la mesure de **70 %** du « forfait » de prestations dentaires particulières utilisables une fois par an **dans les établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST indiquées par le Centre opérationnel sur réservation**. Les prestations qui constituent le « forfait » ci-dessous sont nées pour surveiller l'existence éventuelle d'états pathologiques, même s'ils ne sont pas encore précisés, et devraient être particulièrement appropriées pour les personnes qui ont développé des cas familiaux.

- **Ablation du tartre avec une éventuelle visite de contrôle** à l'aide d'ultrasons, ou si nécessaire, par l'utilisation d'un autre type de traitement pour l'hygiène buccale.

Si, en raison de l'état clinique et/ou pathologique particulier de l'adhérent, le médecin de l'établissement conventionné constate, en accord avec le Fonds, la nécessité d'effectuer une deuxième séance d'ablation du tartre au cours de la même année associative, le Fonds autorisera et liquidera cette dernière dans les limites indiquées ci-dessus.

Au lieu de cela, si nécessaire, d'autres prestations, telles que, par exemple, la fluoration, le ponçage des racines, le ponçage des rainures, etc. restent à la charge de l'adhérent.

6.9 PRESTATIONS DIAGNOSTIQUES PARTICULIÈRES (PRÉVENTION)

Fondo FAST paie les prestations suivantes effectuées dans les établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST, indiquées par le Centre opérationnel sur réservation. Les prestations prévues nées pour surveiller l'existence éventuelle d'états pathologiques, même s'ils ne sont pas encore précisés, devraient être particulièrement appropriées pour les personnes qui ont développé des cas familiaux. Tous les forfaits choisis pour l'année en cours doivent être effectués en une seule solution.

a) PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Prestations prévues pour les hommes et les femmes une fois par an :

a1) Diagnostic hématochimique caractérisé par :

- Examen hémochromocytométrique complet
- Vitesse d'érythro-sédimentation (VES)
- Glycémie
- Azotémie (urée)
- Créatininémie
- Cholestérol total et cholestérol HDL
- Analyses d'urines
- Triglycéride
- Gamme GT
- TPP (Temps de thromboplastine partielle)
- TP (Temps de prothrombine)

a2) Enquêtes spécifiques :

- Visite de spécialiste cardiologique

a3) Enquêtes spécifiques pour les hommes de plus de 50 ans :

- PSA (Antigène prostatique spécifique)

b) PRÉVENTION ONCOLOGIQUE

b1) Prévention annuelle du cancer pour les femmes de plus de 40 ans :

- Visite de spécialiste gynécologique avec test de Pap ;

b2) Prévention biennale du cancer pour les femmes de plus de 40 ans :

- Examen mammographique

6.10 SERVICE MONITOR SALUTE

Le service Monitor Salute est offert par Fondo FAST via UniSalute en collaboration avec SiSalute, division d'UniSalute Servicios S.r.l., la nouvelle filiale d'UniSalute qui offre des services non assurés dans le domaine de la santé.

Il s'agit d'un service de surveillance à distance des valeurs cliniques en cas de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) destiné aux adhérents âgés de plus de 50 ans.

Pour activer le service, l'adhérent doit remplir le « questionnaire Monitor – Salute » sur le site www.fondofast.it, disponible dans l'espace réservé où chaque adhérent peut accéder via ses identifiants d'accès.

L'adhérent, en suivant les indications qui seront fournies lors de l'élaboration du questionnaire, devra : envoyer une documentation médicale attestant de la pathologie chronique, signer et envoyer le consentement au traitement des données personnelles, signer et envoyer le formulaire d'adhésion au service.

En cas de réponses douteuses ou non définitives au questionnaire, SiSalute pourra contacter l'adhérent par téléphone afin de finaliser la procédure d'activation du service.

Dans le cas où l'adhérent présente les conditions pour entrer dans le programme de télésurveillance, Fondo FAST, via SiSalute, enverra les dispositifs médicaux compatibles avec la pathologie chronique à surveiller et à leur activation, après contact téléphonique avec l'adhérent.

Fondo FAST, à travers UniSalute et son personnel qualifié, surveillera à distance la maladie chronique et, le cas échéant, contactera l'adhérent par téléphone, pour vérifier les valeurs détectées par les dispositifs médicaux.

L'adhérent aura également à sa disposition une limite de dépenses supplémentaires pour les visites de spécialistes et les tests de diagnostic inhérents à son état chronique, qui peuvent être effectuées dans les établissements conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST, ou peuvent obtenir le remboursement des dépenses engagées dans le Service national de santé comme indiqué au point « Visites de spécialistes et tests de diagnostic pour les maladies chroniques ».

Pour résoudre les problèmes techniques, l'adhérent peut contacter le numéro sans frais dédié 800-169009 ; pour demander des informations sur le service, l'adhérent peut contacter le numéro sans frais dédié 800-244262. La couverture est fournie pour toute l'année associative, à condition que l'adhérent présente les conditions pour entrer dans le programme de télésurveillance.

6.10.1 Visites de spécialistes et examens diagnostiques pour pathologies chroniques

Pour les membres qui sont entrés dans le programme de surveillance de la chronicité, selon les paramètres indiqués au point « Service Monitor Salute », Fondo FAST paie les frais pour les visites de spécialistes et pour les examens diagnostiques étroitement liés aux pathologies chroniques affectant les membres, selon les modalités indiquées ci-dessous.

Pour l'activation de la couverture, une ordonnance médicale contenant la question diagnostique ou la pathologie qui a rendu nécessaire la prestation elle-même est nécessaire.

- **En cas d'utilisation d'établissements de santé et de personnel conventionné par UniSalute pour Fondo FAST**

Les frais pour les prestations fournies à l'adhérent sont réglés directement par Fondo FAST, par l'intermédiaire d'UniSalute, aux établissements eux-mêmes, sans l'application d'aucun montant à la charge de l'adhérent.

- **En cas d'utilisation d'établissements non conventionnés**

Si l'adhérent était domicilié dans une province sans établissements de santé conventionnés, il pourra s'adresser à des établissements de santé ou à un personnel non conventionné. Les frais encourus sont remboursés sans l'application d'aucun montant à la charge de l'adhérent.

- **Si l'adhérent utilise le Service national de santé**

La société rembourse intégralement les billets sanitaires à la charge de l'adhérent.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 50,00 € par adhérent.

6.11 SERVICES DE CONSEIL

En Italie

Les services de conseil suivants sont fournis par le Centre opérationnel en appelant le numéro sans fil **800-016639** (depuis l'étranger, code international de l'Italie + 0516389046) du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 30.

De l'étranger

Il faut composer le code international de l'Italie + 0516389046.

a) Informations sanitaires téléphoniques

Le Centre opérationnel met en place un service d'information sanitaire concernant :

- les établissements de santé publics et privés : localisation et spécialisations ;
- les indications sur les aspects administratifs de l'activité sanitaire (informations bureaucratiques, exemption de billet, assistance directe et indirecte en Italie et à l'étranger, etc.) ; ;
- les centres médicaux spécialisés pour des pathologies particulières en Italie et à l'étranger ;
- les médicaments : composition, indications et contre-indications.

b) Réservation de prestations sanitaires

Le Centre opérationnel fournit un service de réservation des prestations de santé garanties par le plan sous la forme d'une assistance directe dans les établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST.

c) Avis médicaux immédiats

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'adhérent a besoin de conseils téléphoniques d'un médecin, le Centre opérationnel fournira, par l'intermédiaire de ses médecins, les informations et les conseils demandés.

7. CAS DE NON-OPÉRATION DU PLAN

Le plan de santé ne comprend pas tous les événements liés au type de couverture prévue ; dans notre cas, tous les frais engagés pour les prestations de santé garanties ne sont pas couverts par le plan de santé.

Le plan de santé n'est pas opérationnel pour :

1. les traitements et/ou les interventions pour l'élimination ou la correction des défauts physiques ou des malformations préexistants à la conclusion du plan de santé, sauf dans les cas prévus au point « Nouveau-nés » ;

2. le traitement des maladies mentales et des troubles psychiques en général, y compris les comportements névrotiques au sens de ce qui est prévu au point « Visites de spécialistes » ;
3. les prothèses dentaires, le traitement des paralysies, les soins dentaires et les examens dentaires, sauf dans les cas prévus aux points « Prestations d'implantologie », « Avulsion jusqu'à un maximum de 4 dents (sans application ultérieure d'implants) » et « Prestations dentaires particulières » ;
4. les prestations médicales à des fins esthétiques (sauf les interventions de chirurgie plastique reconstructrice rendues nécessaires par des accidents ou des interventions de démolition survenus pendant l'opération du plan de santé) ;
5. les traitements et les interventions visant à traiter l'infertilité et, dans tous les cas, ceux relatifs à la fécondation artificielle ;
6. les hospitalisations causées par la nécessité pour le membre d'avoir l'assistance de tiers pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne, ainsi que les hospitalisations pour un long séjour. Les hospitalisations de longue durée sont celles déterminées par les conditions physiques de l'adhérent, qui ne permettent plus la guérison avec des traitements médicaux et rendent nécessaire le séjour dans un établissement de soins pour des interventions d'assistance ou de physiothérapie d'entretien ;
7. les interventions pour le remplacement de prothèses orthopédiques de tout type ;
8. le traitement des maladies résultant de l'abus d'alcool et de psychotropes, ainsi que de l'usage non thérapeutique de stupéfiants ou d'hallucinogènes ; ne sont pas soumis à cette exclusion ceux qui, de manière documentée, démontrent avoir suivi et mené à bien un parcours de désintoxication pour abus d'alcool ou de stupéfiants ;
9. les accidents résultant de la pratique des sports aériens en général ou de tout sport professionnel ;
10. les accidents résultant de la participation à des courses ou des compétitions automobiles non de régularité pure, motocyclistes ou motonautiques et aux essais et entraînements correspondants ;
11. les accidents causés par des actes intentionnels commis par l'adhérent ;
12. les conséquences directes ou indirectes de la transmutation du noyau de l'atome de rayonnement provoquée par l'accélération artificielle des particules atomiques et de l'exposition aux rayonnements ionisants ;
13. les conséquences de la guerre, des insurrections, des mouvements telluriques et des éruptions volcaniques ;
14. les traitements non reconnus par la médecine officielle ;
15. les conséquences directes ou indirectes des pandémies.

* Par défaut physique, on entend la déviation par rapport à la structure morphologique normale d'un organisme ou de parties de ses organes pour des conditions morbides ou traumatiques acquises.

** Par malformation, on entend la déviation par rapport à la structure morphologique normale d'un organisme ou de parties de ses organes pour des conditions morbides congénitales.

Dans tous les cas, le Centre opérationnel est à la disposition des adhérents pour clarifier les éventuels doutes qui pourraient se présenter concernant des situations qui ne sont pas immédiatement définissables.

8. QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES

8.1 EXTENSION TERRITORIALE

Le plan de santé est valable dans le monde entier de la même manière qu'il est opérationnel en Italie.

8.2 LIMITES D'ÂGE

Le plan de santé peut être conclu ou renouvelé jusqu'à ce que l'adhérent atteigne l'âge de **75 ans**, cessant automatiquement à la première échéance annuelle suivant l'achèvement de cet âge par l'adhérent.

8.3 GESTION DES DOCUMENTS DE DÉPENSES (FACTURES ET REÇUS)

A) Prestations dans des établissements de santé conventionnés par UniSalute pour Fondo FAST

La documentation de dépenses pour les prestations de santé effectuées dans des établissements de santé conventionnés est fournie directement par l'établissement à l'adhérent.

B) Prestations dans des établissements de santé non conventionnés

La documentation de dépenses reçue en copie est conservée et jointe aux demandes de remboursement comme prévu par la loi. Si le Fonds devait demander à l'adhérent la production des originaux, la seule documentation éventuellement reçue en original, avec une périodicité mensuelle, sera restituée.

La documentation jointe à la demande de remboursement (factures, reçus, ordonnances médicales, dossiers médicaux, etc.) doit être envoyée en copie. Le Fonds pourra, à sa seule discrétion, demander à tout moment, pour les vérifications appropriées, l'envoi de la documentation originale. Nous rappelons qu'en cas de réception de documents faux ou contrefaits, le Fonds en informera immédiatement les autorités judiciaires compétentes pour les vérifications appropriées et la constatation d'éventuelles responsabilités pénales.

Attention

Les demandes de remboursement doivent être présentées dans un délai de deux ans à compter de la date de la facture ou du document de dépenses relatif à la prestation utilisée. Pour les hospitalisations, le délai court à compter de la date de sortie. Les factures et les documents de dépenses transmis au-delà de deux ans ne seront pas remboursés.

9. LISTE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

NEUROCHIRURGIE

- Enlèvement de processus expansifs du rachis (intra et/ou extramédullaires) ;
- Enlèvement de tumeurs de l'orbite ;
- Interventions de cranioplastie ;
- Interventions de neurochirurgie pour pathologies oncologiques malignes ;
- Interventions sur le plexus brachial ;
- Interventions sur l'hypophyse par voie transsphénoïdale ;
- Intervention pour hernies du disque lombaire sacrées.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

- Hernie fémorale ;
- Intervention pour ablation de tumeurs malignes du sein avec application éventuelle de prothèses ;
- Nodulesectomie mammaire.

OPHTALMOLOGIE

- Interventions pour néoplasmes du globe oculaire ;
- Chalazion ;
- Cataracte et interventions sur le cristallin avec éventuelle vitrectomie ;
- Intervention pour décollement de la rétine

- Interventions chirurgicales pour glaucome
- Intervention pour la correction de la myopie grave (en cas d'anisométrie égale ou supérieure à 4 dioptries et en cas de déficience visuelle égale ou supérieure à 7,25 dioptries pour chaque œil) – plafond annuel 1 000 €.

ORL

- Enlèvement de tumeurs malignes de tous les districts de compétence oto-rhino-laryngologique ;
- Intervention pour neurinome du huitième nerf crânien ;
- Reconstruction de la chaîne osseuse ;
- Interventions pour polypose nasale.

CHIRURGIE DU COU

- Interventions sur les parathyroïdes ;
- Intervention pour goitre rétrosternal avec médiastinotomie ;
- Thyroïdectomie totale avec ou sans lymphadénectomie.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Interventions pour kystes ou tumeurs du médiastin ;
- Interactions pour échinococcose pulmonaire ;
- Interventions pour fistules bronchiques ;
- Interventions pour tumeurs trachéales, bronchiques, pulmonaires ou pleurales ;
- Pneumectomie totale ou partielle.
- Intervention chirurgicale pour emphysème bulleux

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

- Enlèvement de tumeur glomus carotidienne ;
- Interventions pour anévrismes : résection et transplantation avec prothèse ;
- Interventions sur l'aorte abdominale par laparotomie ;
- Safenectomie de la grande saphène ;
- Interventions sur le cœur et de grands vaisseaux avec n'importe quelle voie d'accès sur la poitrine ;
- Toutes les interventions dans la salle Hémodynamique sur le cœur.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

- Interventions de résection (totale ou partielle) de l'œsophage ;
- Interventions chirurgicales sur l'anus et le rectum pour pathologies oncologiques malignes ;

- Interventions sur le pancréas, le foie et les reins pour pathologies oncologiques malignes ;
- Appendicectomie avec péritonite diffuse ;
- Chirurgie gastro-intestinale pour perforations ;
- Colectomie totale, hémicolectomie et résection rectocolique par voie antérieure (avec ou sans colostomie) ;
- Drainage d'abcès hépatique ;
- Exérèse de tumeurs de l'espace rétropéritonéal ;
- Interventions chirurgicales pour hypertension portale ;
- Interventions avec œsophagoplastie ;
- Interventions d'amputation du rectum-anus ;
- Interventions pour kystes, pseudokystes ou fistules pancréatiques par laparotomie ;
- Interactions pour échinococcose hépatique ;
- Interactions pour mégacôlon par voie antérieure ou abdominopérinéale ;
- Interventions pour néoplasmes pancréatiques ;
- Interventions pour pancréatite aiguë ou chronique par laparotomie ;
- Intervention pour fistule gastro-jéjunocolique ;
- Intervention pour méga-œsophage ;
- Interventions pour la reconstruction des voies biliaires ;
- Résection gastrique ;
- Résection gastrique élargie ;
- Résection gastrique totale ;
- Résection gastro-jéjunale ;
- Résection hépatique ;
- Cholécystectomie toute technique ;
- Chirurgie bariatrique Sleeve Gastrectomy pour IMC supérieur à 33.
- Intervention de Nissen pour reflux gastro-œsophagien
- Intervention pour prolapsus rectal

UROLOGIE

- Traitement de la lithiase urinaire ;
- Cystoprostatectomie ;
- Interventions de cystectomie totale ;

- Interventions d'orchidectomie avec lymphadénectomie pour néoplasie testiculaire ;
- Interventions de prostatectomie radicale ;
- Interventions de reconstruction de la vessie avec ou sans urétérosigmoïdostomie ;
- Néphro-urétérectomie radicale ;
- Surrénalectomie ;
- Prostatectomie sous-capsulaire ;
- Varicocèle en microchirurgie.

GYNÉCOLOGIE

- Intervention radicale pour tumeurs vaginales avec lymphadénectomie ;
- Hystérectomie totale avec éventuelle annexectomie ;
- Hystérectomie radicale par voie abdominale ou vaginale avec lymphadénectomie ;
- Vulvectomie radicale élargie avec lymphadénectomie inguinale et/ou pelvienne ;
- Interventions pour endométriose.
- Myomectomie par voie vaginale

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

- Interventions pour syndrome du canal carpien ;
- Intervention par doigt à ressaut ;
- Interventions de démolition pour ablation de tumeurs osseuses ;
- Interventions de restauration de l'épaule, du coude, de la hanche ou du genou ;
- Intervention de résection de corps vertébraux pour fractures, effondrements vertébraux et tumeurs malignes ;
- Interventions de stabilisation vertébrale ;
- Interventions pour côte cervicale ;
- Interventions pour la reconstruction de mutilations graves et étendues des membres par traumatisme ;
- Réimplantation de membres, interventions sur la hanche et le fémur avec implantation de prothèses non consécutives à des traumatismes ;
- Traitement des dosimétries et/ou des déviations des membres inférieurs avec des implants externes ;
- Interventions sur le genou en arthroscopie ;

- Ménissectomie en arthroscopie ;
- Ostéosynthèse à grands, moyens et petits segments ;
- Réparation de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule.

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

- Interventions de chirurgie oro-maxillo-faciale pour mutilations du visage consécutives à des blessures entraînant une réduction des capacités fonctionnelles supérieure à 25 %.

Fondo FAST

Via Toscana, 1
00187 Rome
Tél. : 06 42034670
Fax 06 42034675

Service de conseil

numéro vert
800 016639

de l'étranger
+39 051 6389046

Horaires : 8 h 30 – 19 h 30
Du lundi au vendredi

Pour toutes les prestations de l'espace hospitalisation, il est conseillé de contacter au préalable le numéro indiqué ci-dessus.

www.fondofast.it

info@fondofast.it

prestazioni@fondofast.it