

Guide du plan de santé 2023

Prestations remboursées directement par le Fonds

Rome et Province



Guide du plan de santé – direct FAST 2023

Fonds de soins de santé pour le tourisme – Rome et province

LISTE DES PRESTATIONS REMBOURSÉES DIRECTEMENT PAR LE FONDS

1. BILLETS SANITAIRES	page 3
2. FORFAIT MATERNITÉ	page 4
3. TRAITEMENT DE P.M.A (procréation médicalement assistée)	page 5
4. ASSISTANCE AU TRAVAILLEUR DÉPENDANT	page 6
5. LONGUE DURÉE DE SOINS – ASSISTANCE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DÉPENDANTS	page 7
6. PRÉVENTION SPÉCIFIQUE POUR LES TRAVAILLEURS ATTEINTS DU SYNDROME DE DOWN	page 8
7. VERRES CORRECTEURS	page 8
8. VACCINS CONTRE LA GRIPPE	page 9
9. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ GRAVE	page 10
10. CHRONICITÉ – VISITES DE SPÉCIALISTES	page 11
11. CHRONICITÉ – EXAMENS DIAGNOSTIQUES	page 12
12. DÉCOUVERT DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES	page 13

Informations additionnelles :

I. COMMENT DEMANDER UN REMBOURSEMENT	page 14
II. CAS DE NON-OPÉRATION DU PLAN	page 14
III. QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES	page 15

1. BILLETS SANITAIRES

Fondo FAST rembourse intégralement les prestations de santé effectuées dans le Service national de santé pour les prestations suivantes :

- Investigations diagnostiques ;
- Billet de premiers secours en rapport avec l'événement aigu. Aucun contrôle ultérieur ou autre n'est prévu par rapport à la date de l'événement ;
- Prestations de traitement au sens de celles énumérées exclusivement au **point 6.2** du plan de santé ;
- Visites de spécialistes ;
- Traitements physiothérapeutiques exclusivement à des fins de rééducation (au sens de ceux énumérés au **point 6.5.1** du plan de santé).

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Copie de la documentation de dépenses (facture/ticket) qui indique la prestation effectuée ;
- Copie de l'ordonnance médicale contenant la question diagnostique avec pathologie ou présumée telle qui a rendu nécessaire la prestation elle-même.

AUCUNE prestation qui indique comme question diagnostique « contrôle, vérification, suivi, familiarité » et/ou similaire **ne sera remboursée**.

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

2. FORFAIT MATERNITÉ

Les femmes enceintes ont le droit d'effectuer **gratuitement** certaines prestations spécialisées et de diagnostic, fournies dans les établissements de santé publics et privés accrédités, y compris les consultants familiaux.

Consultez le [DPCM sur les nouveaux niveaux de service essentiels du 12 janvier 2017 et l'annexe 10](#) pour la liste des prestations gratuites.

Le fonds rembourse les prestations suivantes :

- échographie ;
- amniocentèse ;
- villocentèse ;
- **NIPT de base** (test prénatal non invasif) : trisomie 13, 18, 21 et détermination du sexe (**remboursement maximal de 350 euros**) ;
- analyse clinique chimique ;
- 4 visites de contrôle obstétrical gynécologique (n° 6 pour les grossesses à risque) ;*
- 1 visite anesthésique ;
- électrocardiogramme.

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Copie de la documentation de dépenses (facture/ticket) qui indique la prestation effectuée ;
- Pour le NIPT, une description certifiée des anomalies chromosomiques étudiées est requise si le poste de dépense ne les rapporte pas ;
- Certificat attestant de l'état de grossesse ;
- En cas de grossesse à risque, il est nécessaire de joindre une copie du certificat médical qui indique la pathologie sous-jacente, et au moins deux examens gynécologiques doivent être effectués pendant la période indiquée sur le certificat ;*
- Pour l'indemnité d'accouchement, il est nécessaire d'envoyer une copie de l'autorisation de sortie de l'hôpital (SDO), qui indique que l'hospitalisation a été effectuée par accouchement ou par avortement spontané ou thérapeutique avec les jours d'hospitalisation correspondants.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 1 000,00 € par événement.

Indemnité d'accouchement

À l'occasion de l'accouchement, et sur présentation de l'autorisation de sortie de l'hôpital (SDO), Fondo FAST versera une indemnité de **80,00 €** par jour d'hospitalisation, pour un maximum de **7 jours**. Par jour d'hospitalisation, on entend le séjour dans un établissement de soins comportant une nuitée.

Le remboursement de cette indemnité est à considérer en dehors du plafond maximum de 1 000 €.

3. TRAITEMENTS DE P.M.A (PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE)

La prestation suivante doit se référer à un seul traitement tout au long du cycle de vie fertile de la femme.

Pour le couple qui s'apprête à la P.M.A, il est possible d'effectuer **gratuitement** certaines prestations, fournies dans les établissements de santé publics et privés accrédités.

Consultez le [DPCM sur les nouveaux niveaux de service essentiels du 12 janvier 2017](#) et [l'annexe 10](#) pour la liste des prestations gratuites.

La prestation peut être demandée par le couple dans lequel au moins un des deux composants est régulièrement en couverture.

Les couples composés de personnes majeures, mariées ou cohabitantes, en âge potentiellement fertile, peuvent accéder à la garantie.

Il s'agit de la prestation suivante qui fait l'objet d'un remboursement :

- Thérapie de stimulation ;
- Prélèvement d'ovocytes/gamètes ;
- Techniques d'insémination.

Le fonds **NE REMBOURSE PAS** tous les examens diagnostiques/instrumentaux et les analyses pour le pré, pendant et post traitement de l'infertilité et tout ce qui ne relève pas des traitements et techniques susmentionnés.

Documentation demandée aux fins du remboursement :

- Autocertification de la situation familiale ou certification d'état civil de la famille de l'adhérent, dont il résulte la composition du noyau familial et les relations de parenté ;
- Copie du plan thérapeutique PMA ;
- Ordonnance du médecin traitant pour les traitements pharmacologiques indiqués sur le plan inséré ;
- Documents de dépenses qui indiquent la prestation effectuée et/ou des reçus fiscaux avec le nom du médicament acheté indiqué dans le plan thérapeutique inséré ;
- Les postes de dépenses doivent être au nom du titulaire de la garantie ou cointégrés (inscrit au fonds et utilisateur de la prestation) ;
- Si la prestation est utilisée par le partenaire non inscrit, cette situation doit être indiquée sur la facture.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 1 000,00 € en une seule solution pour la totalité du montant à fournir.

4. ASSISTANCE AU TRAVAILLEUR DÉPENDANT

Le Fonds introduit le remboursement pour la prestation d'assistance à la personne dépendante, pour une période ne dépassant pas deux ans.

Par « dépendant », on entend une personne qui, en raison d'une maladie ou d'un accident, se trouve incapable d'effectuer, en tout ou en partie, les activités les plus courantes de la vie quotidienne, telles que se laver, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes, se déplacer, etc.

Les remboursements versés par le Fonds en faveur de l'adhérent se réfèrent à des prestations socio-sanitaires telles que :

- soignants, personnel de soutien et assistance ;
- hospitalisation dans des maisons de santé assistées.

Documentation demandée aux fins du remboursement :

- certificat de constatation du handicap délivré par la commission médicale auprès de l'U.S.L., visé à l'article 4 de la loi 104/92, qui montre que la personne se trouve dans une situation de *handicap grave* (conformément à l'article 3, paragraphe 3, loi 104/92) ;
- pour l'adhérent légalement représenté par une autre personne, il est demandé une copie de la situation familiale dont il résulte la parenté avec le membre de la famille pour lequel la prestation est demandée ;
- certificat d'hospitalisation et programme d'assistance spécifique, pour les structures de résidence de santé assistées avec la spécification des dépenses engagées.

Pour le remboursement des prestations du personnel de soutien et d'assistance :

Reçu attestant du paiement des contributions à l'INPS et un prospectus de rémunération délivré par l'employeur – inscrit au fonds – contenant ceux-ci :

- Prénom et nom du travailleur avec fonction de soutien (gouvernante/soignant) ;
- Nombre d'heures travaillées avec rémunération horaire ;
- Montant des contributions versées ;
- Signature pour récépissé du travailleur (gouvernante/soignant).

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 4 800,00 € pour les mois d'inscription annuelle.

Informations additionnelles :

Dans tous les cas, l'état de dépendance est soumis à vérification et révision tous les 12 mois. Par conséquent, le fonds aura le droit de demander des examens médicaux qui attestent de la permanence de l'état de dépendance du travailleur.

À l'expiration des deux ans, si le fonds décide de prolonger la couverture, il est demandé au fonds, pour le renouvellement, une nouvelle vérification de l'état de dépendance.

5. LONGUE DURÉE DE SOINS – ASSISTANCE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DÉPENDANTS

Le Fonds introduit le remboursement pour le Long Care Term, assistance aux familles dépendantes, dans des conditions de grave « dépendance ».

La demande de remboursement est ouverte aux adhérents qui sont régulièrement couverts depuis au moins 6 mois à compter de la date de la facture demandée.

Le membre de la famille en ligne directe ou collatérale de 1er degré (fils/fille, mari/femme, parent/mère, frère/sœur) pour les familles de fait, le concubin, peut bénéficier de la prestation, à condition qu'il soit présent dans le livret de famille.

Le fonds rembourse les prestations suivantes :

1. 50 % à la charge de l'utilisateur de la part pour le droit de séjour dans les RSA (unités de soins prolongés), accréditées SSN, telles que réglementées par l'art. 3 du décret législatif 502/92 et ses modifications successives ;
2. droit de séjour dans des centres de jour intégrés pour des interventions de nature sociale et sanitaire, semi-résidentielles pour les personnes dépendantes ;
3. droit de séjour dans des établissements de repos ;
4. soins infirmiers et/ou rééducation à domicile ;
5. soignant.

Documentation demandée aux fins du remboursement :

- certification de la situation familiale de l'adhérent, dont il résulte la composition du noyau familial et les relations de parenté avec l'adhérent de la famille pour lequel le versement est demandé ;
- pour les parents, il est également demandé un certificat historique de la situation familiale ;
- copie du procès-verbal délivré par l'ASL d'appartenance conformément à la loi 104/1992 art. 3, paragraphe 3 (« grave condition de dépendance ») ;
- copie des documents de dépenses fiscalement valables au nom du salarié inscrit et/ou liés au membre de la famille ayant bénéficié des prestations, qui indiquent clairement les dépenses spécifiques d'assistance encourues pour la personne dépendante, jusqu'à concurrence de la somme ;
- copie de l'ordonnance du médecin traitant pour les prestations de rééducation nécessaires, qui doivent correspondre à celles insérées sur la facture ;
- pour le remboursement des prestations de soignant : reçu attestant du paiement des contributions à l'INPS et un prospectus de rémunération délivré par l'employeur – inscrit au fonds – comprenant ceux-ci : - Nom et prénom du travailleur avec fonction de support (soignant) – Nombre d'heures travaillées avec rémunération horaire – Montant des contributions fournies – Signature pour réception du travailleur (soignant).

La disponibilité pour cette couverture est de 1 500,00 € par foyer, en une seule solution pour la totalité du montant à fournir.

6. PRÉVENTION SPÉCIFIQUE POUR LES TRAVAILLEURS ATTEINTS DU SYNDROME DE DOWN

Pour les travailleurs inscrits au fonds avec Ds, le forfait de prévention prévoit le remboursement pour les prestations suivantes :

- évaluation du déficit visuel/auditif ;
- radiographie cervicale ;
- évaluation de la densité osseuse.

Documentation demandée aux fins du remboursement :

- Certification du syndrome de Down (art. 3, paragraphe 1 – loi 104/1992) ;
- Copie de la documentation de dépenses qui indique la prestation effectuée.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 300,00 € par adhérent.

7. VERRES CORRECTEURS

Le fonds prévoit le remboursement des verres pour les lunettes de vue ou des lentilles de contact (pour les lentilles quotidiennes, une seule demande est autorisée pour un maximum de 12 mois de dépenses). Cette prestation est remboursable une fois tous les trois ans à compter de la date des factures présentées pour des défauts visuels avec une variation d'au moins 0,50 dioptrie par œil, pendant la période de validité de la couverture.

Documentation demandée aux fins du remboursement

- document de dépenses qui doit clairement montrer **le seul coût des verres** – max. 2 verres ;
ou lentilles de contact, présenté en une seule solution ;
- ordonnance/certificat (avec une date ne dépassant pas un an à compter de la date de la facture envoyée)
d'un médecin ophtalmologiste indiquant le déficit visuel précédent et actuel ;
- certificat de conformité des nouveaux verres/lentilles.

Aucun frais de monture ou autre en dehors des seuls verres/lentilles de vue **ne sera remboursé.**

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 100 €.

8. VACCINS CONTRE LA GRIPPE

Ceux-ci sont remboursés : vaccins contre la grippe trivalents (TIV) contenant deux virus de type A (H1N1 et H3N2) et un virus de type B, ainsi que des vaccins quadrivalents contenant deux virus de type A (H1N1 et H3N2) et deux virus de type B.

Documentation demandée aux fins du remboursement :

- Poste de dépense qui indique le type de vaccin ;
- La documentation présentée ne doit contenir que la prestation qui fait l'objet d'un remboursement, afin de faciliter les futures opérations de remboursement et de déclaration 730.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 15 €.

9.TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ GRAVE

Obésité sévère et/ou compliquée (IMC > 40 kg/m² ou IMC > 30 kg/m² et stade 2 ou plus selon l'Edmonton Obesity Scoring System

L'Edmonton Obesity Staging System est un système reconnu au niveau international pour l'évaluation de la gravité de l'obésité. Il est contenu dans les normes italiennes ADI-SIO pour le diagnostic et le traitement de l'obésité.

Fondo FAST, en collaboration avec **S.I.O. (Società Italiana dell'Obesità)** [pour plus d'informations, consultez le site <https://sio-obesita.org>] propose de poursuivre l'engagement à accroître la connaissance de cette maladie chronique multifactorielle, en remboursant spécifiquement les traitements pharmacologiques associés et reconnus au niveau national.

- LIRAGLUTIDE 3,0 mg (nom commercial : SAXENDA)
- NALTREXONE/BUPROPION (nom commercial : MYSIMBA)

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Vérification de l'obésité grave délivrée par un médecin spécialiste ;
- Plan thérapeutique et/ou indication du cycle pharmacologique ;
- Recettes fiscales avec le nom du médicament acheté indiqué dans le plan thérapeutique inséré.

La disponibilité annuelle pour cette couverture est de 1 000 € par adhérent.

Le remboursement est à considérer en une seule solution.

10. REMBOURSEMENT CHRONICITÉ – VISITES DE SPÉCIALISTES

À partir du 01/07/2023, la cotisation de 35 euros est remboursée UNIQUEMENT pour les visites de spécialistes relatives aux chronicités suivantes :

Diabète sucré (pathologie chronique suffisante pour la reconnaissance des données de « dispense de pathologie » code 013)

- Visite de spécialiste diabétologique/endocrinologique ;
- Visite de spécialiste cardiologique ;
- Visite de spécialiste néphrologique ;
- Visite de spécialiste angiologique ;
- Visite de spécialiste ophtalmologue.

Cardiopathie ischémique avec reliquats (pathologie chronique suffisante pour la reconnaissance des données de « dispense de pathologie » code 021, insuffisance cardiaque (N.Y.H.A. classe III et IV))

- Visite de spécialiste cardiologique ;
- Visite de spécialiste néphrologique ;
- Visite de spécialiste angiologique ;

Vasculopathies cérébrales ischémiques et/ou hémorragiques (pathologie chronique nécessaire, certification de présence de déficit moteur/sensoriel comme reliquat de vasculopathie cérébrale aiguë)

- Visite de spécialiste neurologique ;
- Visite de spécialiste cardiologique ;

BPCO avec besoin d'oxygénothérapie (pathologie chronique suffisante pour la reconnaissance des données de « dispense de pathologie » code 024)

- Visite de spécialiste pneumologique ;
- Visite de spécialiste cardiologique ;

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Copie de l'ordonnance médicale contenant la question diagnostique avec pathologie ou présumée telle qui a rendu nécessaire la prestation elle-même ;
- Autorisation UniSalute ;
- Certification de constatation de chronicité ;
- Document de dépenses qui indique la part de la charge inscrite.

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

11. REMBOURSEMENT CHRONICITÉ – EXAMENS DE DIAGNOSTIC

À partir du 01/07/2023, la cotisation de 50 euros est remboursée UNIQUEMENT pour les examens de diagnostic spécifiques pour les chronicités suivantes :

Diabète sucré (pathologie chronique suffisante pour la reconnaissance des données de « dispense de pathologie » code 013)

- Écho-doppler cardiaque y compris couleur ;
- Écho-doppler couleur membres inférieurs et supérieurs ;
- Écho-doppler couleur aorte abdominale ;
- Écho-doppler couleur troncs supra-aortiques ;
- Électrocardiogramme (ecg) dynamique avec dispositifs analogiques (holter) ;
- Électromyographie ;
- Potentiels évoqués ;
- Fluoangiographie oculaire ;
- Cardiopathie ischémique avec reliquats ;
- Écho-doppler cardiaque y compris couleur ;
- Ciné RM du cœur ;
- Angio RM avec contraste ;
- Myocardioscintigraphie ;
- Tomoscintigraphie SPET myocardique ;
- Électrocardiogramme (ecg) dynamique avec dispositifs analogiques (holter) ;
- Surveillance continue (24 heures) de la pression artérielle ;
- Vasculopathies cérébrales ischémiques et/ou hémorragiques ;
- Écho-doppler couleur troncs supra-aortiques ;
- Angio TC districts eso ou intracrâniens ;
- Angio RM avec contraste ;
- Électroencéphalogramme (EEG) avec privation de sommeil ;
- Électroencéphalogramme (EEG) dynamique 24 heures ;
- Électroencéphalogramme ;

BPCO avec besoin d'oxygénothérapie (pathologie chronique suffisante pour la reconnaissance des données de « dispense de pathologie » code 024)

- TC spirale multicouche haute définition ;
- TC avec et sans produit de contraste ;
- Trachéobroncoscopie diagnostique ;

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Copie de l'ordonnance médicale contenant la question diagnostique avec pathologie ou présumée telle qui a rendu nécessaire la prestation elle-même ;
- Autorisation UniSalute ;
- Certification de constatation de chronicité ;
- Document de dépenses qui indique la part de la charge inscrite.

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

12. DÉCOUVERT POUR LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Pour les interventions effectuées en réseau et avec la date d'intervention à partir du 01/07/2023, le découvert de 20 % est remboursé à la charge de l'adhérent UNIQUEMENT pour les interventions suivantes :

NEUROCHIRURGIE

- Enlèvement de processus expansifs du rachis (intra et/ou extramédullaires) ;
- Enlèvement de tumeurs de l'orbite ;
- Interventions de neurochirurgie pour pathologies oncologiques malignes ;
- Interventions sur l'hypophyse par voie transsphénoïdale.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

- Intervention pour ablation de tumeurs malignes du sein avec application éventuelle de prothèses.

OPHTALMOLOGIE

- Interventions pour néoplasmes du globe oculaire.

ORL

- Enlèvement de tumeurs malignes de tous les districts de compétence oto-rhino-laryngologique ;
- Intervention pour neurinome du huitième nerf crânien.

CHIRURGIE DU COU

- Intervention pour goitre rétrosternal avec médiastinotomie ;
- Thyroïdectomie totale avec ou sans lymphadénectomie.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Interventions tumeurs du médiastin ;
- Interventions pour tumeurs trachéales, bronchiques, pulmonaires ou pleurales ;
- Pneumectomie totale ou partielle.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

- Interventions pour anévrismes : résection et transplantation avec prothèse ;
- Interventions sur l'aorte abdominale par laparotomie ;
- Interventions sur le cœur et de grands vaisseaux avec n'importe quelle voie d'accès thoracique ;
- 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.

Documentation demandée aux fins du remboursement

- Dossier clinique ;
- Autorisation UniSalute ;
- Document de dépenses qui indique la part de 20 % de la charge inscrite.

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

I. COMMENT DEMANDER UN REMBOURSEMENT

L'adhérent devra accéder à son ESPACE RÉSERVÉ sur le site www.fondofast.it, après s'être inscrit et charger tous les documents nécessaires au remboursement.

Les procédures de remboursement seront effectuées par le Fonds sur une base mensuelle directement sur le compte courant de l'adhérent.

II. CAS DE NON-OPÉRATION DU PLAN

Le plan de santé n'est pas opérationnel pour :

- 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 » ;
- 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 » du plan de santé, référé aux visites psychiatriques et au prochain cycle de séances ;
- les prothèses dentaires, le traitement des parodontopathies, les soins dentaires et les examens dentaires, sauf dans les cas prévus aux points « Prestations d'implantologie » et « Prestations dentaires particulières » du plan de santé ;
- 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) ;
- les traitements, les interventions et les vérifications visant à traiter l'infertilité et ceux relatifs à la fécondation artificielle, sauf dans les cas prévus au point « Traitements de PMA » du plan de santé ;
- les interventions pour le remplacement de prothèses orthopédiques de tout type ;
- 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 ;
- les accidents résultant de la pratique des sports aériens en général ou de tout sport professionnel ;
- 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 ;
- les accidents causés par des actes intentionnels commis par l'adhérent ;
- 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 ;
- les conséquences de la guerre, des insurrections, des mouvements telluriques et des éruptions volcaniques ;
- les traitements non reconnus par la médecine officielle.

* 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.

III. QUELQUES PRÉCISIONS IMPORTANTES

EXTENSION TERRITORIALE

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

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 suivant l'achèvement de cet âge par l'adhérent.

GESTION DES DOCUMENTS DE DÉPENSES (FACTURES ET REÇUS)

Si Fondo FAST devait demander à l'adhérent la production des originaux, la documentation de dépenses devra être transmise à Fondo FAST – Via Toscana, 1 – 00187 Rome, sinon tous les postes de dépenses et autres documents nécessaires au remboursement seront gérés via un espace réservé pour le traitement du sinistre.

Pour les sinistres survenus à l'étranger, les remboursements seront effectués en Italie, en euros, au cours moyen de la semaine au cours de laquelle les dépenses ont été effectuées.

Le Fonds peut, à sa seule discrétion, demander à tout moment, pour les vérifications appropriées, l'envoi de la documentation originale. Nous rappelons qu'en cas 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, ainsi que d'autres documents nécessaires. 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.

Pour les prestations à titre expérimental, l'envoi de la documentation pour le remboursement doit coïncider avec la date limite de l'essai.

