

Ghid pentru planul de sănătate 2023

Servicii rambursate direct de Fond

Roma și Provincia



Ghid pentru planul de sănătate – direct FAST 2023

Fondul de asistență medicală pentru turism – Roma și Provincia

LISTA SERVICIILOR RAMBURSATE DIRECT DE FOND

1. TICHETE DE SĂNĂTATE	pag.3
2. PACHETUL PENTRU MATERNITATE	pag.4
3. TRATAMENTUL P.M.A (procreare asistată medical)	pag.5
4. ASISTENȚĂ PENTRU LUCRĂTORII CARE NU SUNT AUTONOMI	pag.6
5. LONG CARE TERM – ASISTENȚĂ PENTRU MEMBRII FAMILIEI CARE NU SUNT AUTONOMI	pag.7
6. PREVENȚIE SPECIFICĂ PENTRU LUCRĂTORII CARE SUFERĂ DE SINDROMUL DOWN	pag.8
7. OCHELARI	pag.8
8. VACCINURI ANTIGRIPALE	pag.9
9. TRATAMENT MEDICAMENTOS PENTRU OBEZITATE SEVERĂ	pag.10
10. BOLI CRONICE - CONSULTAȚII DE SPECIALITATE	pag.11
11. BOLI CRONICE – TESTE DE DIAGNOSTICARE	pag.12
12. DESCOPERIRE INTERVENȚII CHIRURGICALE	pag.13

Informații suplimentare:

I. CUM SE SOLICITĂ O RAMBURSARE	pag.14
II. CAZURI DE NEAPLICABILITATE A PLANULUI	pag.14
III. CÂTEVA CLARIFICĂRI IMPORTANTE	pag.15

1. TICHETE DE SĂNĂTATE

Fondul FAST rambursează integral serviciile de sănătate prestate de Serviciul Național de Sănătate, pentru următoarele servicii:

- Investigații diagnostice
- Tichete de prim ajutor în raport cu evenimentul acut. Nu există verificări ulterioare sau de altă natură la data evenimentului
- Servicii de terapie, respectiv, cele enumerate exclusiv la **punctul 6.2** din planul de sănătate
- Consultații de specialitate
- Tratamente fizioterapeutice, exclusiv în scopuri de reabilitare (respectiv, cele enumerate **la punctul 6.5.1** din planul de sănătate).

Documentația necesară pentru rambursare

- Copia documentației privind cheltuielile (factură/tichet) din care rezultă serviciul prestat;
- Copie a prescripției medicale care conține diagnosticul cu patologia sau presupusa patologie care necesită serviciul respectiv.

NU se vor rambursa serviciile care indică drept diagnostic în lucru „control, evaluări, monitorizare, incidență familie” și/sau altele similare.

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 500,00 de euro per asigurat.

2. PACHETUL PENTRU MATERNITATE

Femeile gravide au dreptul de a beneficia **gratuit** de anumite servicii de specialitate și de diagnosticare furnizate de unitățile medicale publice și private acreditate, inclusiv de consilierii de familie.

Consultă [DPCM cu privire la noile niveluri esențiale de asistență din 12 ianuarie 2017 și Anexa 10](#) pentru lista serviciilor gratuite

Fondul va rambursa următoarele servicii:

- ecografii;
- amniocenteză;
- vilocenteză
- **NIPT base** (test prenatal neinvaziv): trisomii 13,18,21 și determinarea sexului **(rambursare maximă de 350 de euro)**
- analize clinico-chimice;
- 4 controale obstetrico-ginecologice (6 pentru sarcina cu risc).*
- 1 consultație de anestezie
- electrocardiogramă

Documentația necesară pentru rambursare

- Copia documentației privind cheltuielile (factură/tichet) din care rezultă serviciul prestat;
- Pentru Nipt, este necesară o descriere certificată a anomaliilor cromozomiale investigate în cazul în care elementul de cheltuieți nu le indică;
- Certificat de atestare a stării de graviditate;
- În cazul sarcinii cu risc, este necesar să se atașeze o copie a certificatului medical din care să rezulte patologia subiacentă și cel puțin două controale ginecologice trebuie să se încadreze în perioada indicată de certificat.*
- Pentru indemnizația de naștere, este necesară o copie a Formularului de externare din spital (SDO), care arată că spitalizarea s-a efectuat pentru naștere sau pentru avort spontan sau terapeutic, cu zilele de spitalizare aferente

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 1.000,00 de euro per eveniment.

Indemnizație de naștere

Pentru naștere și în urma prezentării buletinului de externare din spital (SDO), Fondul FAST va plăti o indemnizație de **80,00** euro pentru fiecare zi de spitalizare, pentru o perioadă maximă de **7 zile**. O zi de spitalizare înseamnă spitalizarea într-o unitate sanitară, care implică șederea peste noapte.

Rambursarea acestei indemnizații va fi considerată în afara plafonului maxim de 1.000 de euro

3. TRATAMENTE P.M.A (PROCREARE ASISTATĂ MEDICAL)

Pentru cuplul care se pregătește pentru P.M.A, se pot furniza **gratuit** anumite servicii, furnizate de unitățile medicale publice și private acreditate
Consultă DPCM cu privire la noile niveluri esențiale de asistență din 12 ianuarie 2017 și Anexa 10 pentru lista serviciilor gratuite.

Următorul serviciu se referă la un singur tratament pe parcursul întregului ciclu de viață fertil al femeii.

Serviciul poate fi solicitat de cuplul în care cel puțin unul dintre cei doi deține acoperire corespunzătoare. Pot avea acces la garanție cuplurile cu vârsta legală, căsătorite sau care coabitează, de vârstă potențial fertilă.

Următoarele servicii pot fi rambursate:

- Terapie de stimulare
- Colectare de ovocite/gameți
- Tehnici de inseminare

Fondul **NU** rambursează toate examinările de diagnosticare / instrumentale pentru perioada pre, din timpul și post-tratamentul infertilității și tot ceea ce nu se încadrează în terapiile și tehnicile evidențiate mai sus

Documentația necesară pentru rambursare:

- Autocertificarea statutului familial sau certificarea structurii familiei asiguratului din care rezultă componența nucleului familial și relațiile de rudenie.
- Copia planului terapeutic PMA
- Prescripția medicului curant pentru tratamentele farmacologice indicate în planul inserat
- Documente de cheltuieli din care rezultă serviciul prestat și/sau bonuri fiscale cu denumirea medicamentului achiziționat, indicat în planul terapeutic inserat.
- Elementele de cheltuieli trebuie să fie pe numele titularului garanției sau în nume comun (înregistrat la fondul și utilizatorul serviciului)
- În cazul în care serviciul este utilizat de partenerul neînregistrat, această situație trebuie indicată pe factură

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 1.000,00 de euro într-o singură tranșă, pentru întreaga sumă plătită

4. ASISTENȚĂ PENTRU LUCRĂTORUL CARE NU ESTE AUTONOM

Fondul introduce rambursarea pentru acordarea de asistență persoanei neautonome pentru o perioadă de cel mult doi ani.

„Neautonom” înseamnă o persoană care, din cauza bolii sau a vătămării, nu este în măsură să desfășoare, în totalitate sau parțial, cele mai comune activități ale vieții de zi cu zi în mod independent, cum ar fi să se spele, se îmbrace, să se dezbrace, să meargă la baie, să fie mobilită etc.

Rambursările acordate de Fond asiguratului se referă la prestații socio-sanitare, precum:

- îngrijitori, personal de sprijin și asistență
- spitalizare în centre de îngrijire asistată

Documentația necesară pentru rambursare:

- certificat de constatare a dizabilității emis de comisia medicală din cadrul U.S.L. menționată la art. 4 din Legea 104/92, din care rezultă că persoana se află într-o situație de *dizabilitate gravă* (în conformitate cu art. 3 alin. 3, Legea 104/92)
- pentru asiguratul reprezentat legal de o altă persoană, se solicită copia certificatului privind componența familiei, din care rezultă relația cu membrul de familie pentru care se solicită serviciul
- certificat de spitalizare și program de asistență specific, pentru unitățile de îngrijire medicală asistată, cu specificarea cheltuielilor efectuate

Pentru rambursarea serviciilor personalului de sprijin și asistență:

Chitanța care atestă plata contribuțiilor către INPS și o declarație de remunerare emisă de angajator - înregistrată la fond - din care să rezulte:

- Prenumele și numele lucrătorului cu funcție de sprijin (menajeră/îngrijitoare)
- Numărul de ore lucrate cu plată pe oră
- Cuantumul contribuțiilor plătite
- Semnătura de primire a lucrătorului (menajeră/îngrijitoare)

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 4.800,00 de euro pro quota pentru lunile de înregistrare anuală

Informații suplimentare:

În orice caz, starea de neautonomie este supusă verificării și revizuirii la fiecare 12 luni. Prin urmare, fondul va avea dreptul să solicite examinări medicale care să ateste continuarea stării de neautonomie a lucrătorului.

La sfârșitul celor doi ani, în cazul în care fondul decide să extindă acoperirea, acesta va solicita o nouă verificare a stării de neautonomie, pentru reînnoire.

5. LONG CARE TERM – ASISTENȚĂ PENTRU MEMBRII FAMILIEI CARE NU SUNT AUTONOMI

Fondul introduce rambursarea pentru îngrijirea pe termen lung, asistență pentru membrii de familie neautonomi, în condiții de „neautonomie” severă.

Asigurații care au fost acoperiți în mod corespunzător timp de cel puțin 6 luni de la data facturării solicitate pot accesa cererea de rambursare.

Poate beneficia de serviciu membrul familiei într-o linie directă sau colaterală de gradul 1 (copil, soț/soție, părinte, frate/soră) pentru familiile de facto coabitantului atâta timp cât este prezent în certificatul privind componența familiei

Fondul rambursează următoarele servicii:

1. 50% în sarcina utilizatorului taxei pentru cazarea în RSA (Centre Sanitare de Asistență), acreditate de SSN, în temeiul art. 3 din Decretul legislativ 502/92 cu modificările ulterioare
2. taxă pentru centrele de zi integrate pentru intervenții de asistență socială și de sănătate, semi-rezidențiale pentru persoanele care nu sunt autonome
3. taxa de cazare în centrele de odihnă
4. asistență medicală și/sau de reabilitare la domiciliu
5. îngrijitoare

Documentația necesară pentru rambursare:

- Certificarea statutului familial al asiguratului din care rezultă componența nucleului familial și relațiile de rudenie cu membrul familiei pentru care se solicită serviciul.
- Pentru părinți, este necesar și un certificat de istoric familial.
- copia procesului-verbal emis de ASL de apartenență, în temeiul Legii 104/1992 art. 3 alin. 3 („stare gravă de neautonomie
- copia documentelor de cheltuieli valabile din punct de vedere fiscal pe numele asiguratului înregistrat și/sau în nume comun cu membrul familiei care a beneficiat de servicii, din care să rezulte în mod clar cheltuielile de asistență specifice efectuate pentru persoana care nu este autonomă, până la concurența sumei de
- copia prescripției medicului curant pentru serviciile de reabilitare necesare care trebuie să corespundă celor incluse în factură
- Pentru rambursarea serviciilor prestate de un îngrijitor: Chitanța care atestă plata contribuțiilor către INPS și o declarație de salariu emisă de angajator - înregistrată la fond - în care se indică: - Prenumele și numele lucrătorului cu funcție de sprijin (îngrijitor) - Numărul de ore lucrate cu salariu orar - Valoarea contribuțiilor plătite - Semnătura de primire a lucrătorului (îngrijitor)

Disponibilitatea pentru această acoperire este de 1.500,00 de euro per nucleu familial, într-o singură tranșă, pentru întreaga sumă plătită

6. PREVENȚIE SPECIFICĂ PENTRU LUCRĂTORII CARE SUFERĂ DE SINDROMUL DOWN

Pentru lucrătorii înscriși la fond cu Ds, pachetul de prevenție prevede rambursarea pentru următoarele servicii:

- evaluarea deficiențelor vizuale/auditive
- radiografie cervicală
- evaluarea densității osoase

Documentația necesară pentru rambursare:

- Certificarea sindromului Down (art. 3 alin. 1 - Legea 104/1992)
- Copia documentației privind cheltuielile din care rezultă serviciul prestat

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 300 de euro pentru asigurat.

7. LENTILE DE VEDERE

Fondul prevede rambursare pentru lentile de ochelari sau lentile de contact (pentru lentilele zilnice este permisă o singură solicitare pentru maximum 12 luni de cheltuieli). Acest serviciu este rambursabil o dată la trei ani de la data facturilor depuse pentru deficiențe de vedere cu o variație de cel puțin 0,50 dioptrii per ochi, în perioada de valabilitate a acoperirii

Documentația necesară pentru rambursare

- document de cheltuieli care trebuie să indice **în mod clar numai costul lentilelor** - maximum 2 lentile;
sau lentile de contact, într-o singură tranșă
- prescripție/ certificat (cu o dată care nu depășește un an de la data facturării trimise) de la un oftalmolog care indică deficiența vizuală anterioară și actuală
- certificat de conformitate a lentilelor noi

Nu vor fi rambursate cheltuielile referitoare la ramă sau altele, în afara lentilelor de vedere, exclusiv

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 100 de euro

8. VACCINURI ANTIGRIPALE

Se rambursează: vaccinurile gripale trivalente (TIV) care conțin două virusuri de tip A (H1N1 și H3N2) și un virus de tip B, precum și vaccinurile tetravalente care conțin două virusuri de tip A (H1N1 și H3N2) și două virusuri de tip B

Documentația necesară pentru rambursare:

- Element de cheltuieli din care se poate deduce tipul de vaccin
- Documentația depusă trebuie să conțină numai serviciul care face obiectul rambursării, pentru a facilita operațiunile viitoare, atât de rambursare, cât și cele referitoare la declarația 730

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 15 euro

9. TRATAMENT MEDICAMENTOS PENTRU OBEZITATE SEVERĂ

Obezitate severă și/sau complicată (IMC > 40 kg/m² sau IMC > 30 kg/m² și stadiul 2 sau mai mare conform Edmonton Obesity Scoring System)

Edmonton Obesity Staging System este un sistem recunoscut la nivel internațional pentru evaluarea severității obezității. Acesta este inclus în standardele italiene ADI-SIO pentru diagnosticarea și tratarea obezității.

Fondul FAST, în colaborare cu S.I.O. (**Società Italiana dell'Obesità**) [pentru informații suplimentare, accesează <https://sio-obesita.org>] își propune să continue angajamentul de a spori cunoașterea acestei boli cronice multifactoriale prin rambursarea specifică a tratamentelor farmacologice asociate și recunoscute la nivel național.

- LIRAGLUTID 3,0 mg (denumire comercială SAXENDA)
- NALTREXONĂ/BUPROPIONĂ (denumire comercială MYSIMBA)

Documentația necesară pentru rambursare

- Certificat de constatare a obezității severe emis de un medic specialist
- Planul terapeutic și/sau indicația ciclului farmacologic
- Bonuri fiscale cu denumirea medicamentului achiziționat, indicat în planul terapeutic inserat

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 1.000 de euro per asigurat.

Rambursarea se va face într-o tranșă unică

10. RAMBURSARE CRONICĂ - CONSULTAȚII DE SPECIALITATE

Începând cu data de 01.07.2023, taxa de 35 de euro se rambursează NUMAI pentru consultațiile de specialitate referitoare la următoarele afecțiuni cronice:

Diabet zaharat (patologie cronică suficientă pentru recunoașterea „exceptării pentru patologie” cod 013)

- Consult de specialitate diabetologic/endocrinologic
- Consult de specialitate cardiologic
- Consult de specialitate nefrologic
- Consult de specialitate angiologic
- Consult de specialitate oftalmologic

Boală cardiacă ischemică cu relicve (patologie cronică suficientă pentru recunoașterea „exceptării pentru patologie” cod 021 insuficiență cardiacă (N.Y.H.A. clasele III și IV))

- Consult de specialitate cardiologic
- Consult de specialitate nefrologic
- Consult de specialitate angiologic

Boli cerebrovasculare ischemice și/sau hemoragice (patologie cronică necesară certificării prezenței deficitelor motorii / senzoriale ca relicvă a vasculopatiei cerebrale acute)

- Consult de specialitate neurologic
- Consult de specialitate cardiologic

BPOC cu necesitatea oxigenoterapiei (patologie cronică suficientă pentru recunoașterea „exceptării pentru patologie” cod 024)

- Consult de specialitate pneumologic
- Consult de specialitate cardiologic

Documentația necesară pentru rambursare

- Copie a prescripției medicale care conține diagnosticul cu patologia sau presupusa patologie care necesită serviciul respectiv.
- Autorizație Unisalute
- Certificarea evaluării cronicității
- Documentul de cheltuieli din care se deduce cota care se află în sarcina asiguratului

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 500 de euro per asigurat.

11. RAMBURSARE AFECȚIUNI CRONICE - TESTE DE DIAGNOSTICARE

Începând cu data de 01.07.2023, taxa de 50 de euro se rambursează NUMAI pentru testele de diagnosticare specifice pentru următoarele afecțiuni cronice:

Diabet zaharat (patologie cronică suficientă pentru recunoașterea „exceptării pentru patologie” cod 013)

- Ecodoppler cardiac, inclusiv culoare
- Ecocolordoppler membre inferioare și superioare
- Ecocolordoppler aortă abdominală
- Ecocolordoppler trunchiuri supraortice
- Electrocardiogramă (ECG) dinamică cu dispozitive analogice (holter)
- Electromiografie
- Potențiale evocate
- Fluoroangiografie oculară
- Cardiopatie ischemică cu relicve
- Ecodoppler cardiac, inclusiv culoare
- Cinema RMN inimă
- Angio RMN cu substanță de contrast
- Scintigrafie miocardică
- Tomoscintigrafie SPET miocardie
- Electrocardiogramă (ECG) dinamică cu dispozitive analogice (holter)
- Monitorizarea continuă (24 de ore) a tensiunii arteriale
- Boli cerebrovasculare ischemice și/sau hemoragice
- Ecocolordoppler trunchiuri supraortice
- Angio CT zone exo sau endocraniene
- Angio RMN cu substanță de contrast
- Electroencefalogramă (EEG) cu privare de somn
- Electroencefalogramă (EEG) dinamică 24 de ore
- Electroencefalografie

BPOC cu necesitatea oxigenoterapiei (patologie cronică suficientă pentru recunoașterea „exceptării pentru patologie” cod 024)

- CT spirală multistrat de înaltă definiție
- CT cu și fără substanță de contrast
- Traheobronhoscopie diagnostică

Documentația necesară pentru rambursare

- Copie a prescripției medicale care conține diagnosticul cu patologia sau presupusa patologie care necesită serviciul respectiv.
- Autorizație Unisalute
- Certificarea evaluării cronicității
- Documentul de cheltuieli din care se deduce cota care se află în sarcina asiguratului

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 500 de euro per asigurat.

12. DESCOPERIRE PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE

Pentru intervențiile efectuate în rețea și cu data intervenției începând cu 01.07.2023, descoperirea de cont de 20% se rambursează pe cheltuiala asiguratului NUMAI pentru următoarele intervenții:

NEUROCHIRURGIE

- Îndepărtarea proceselor expansive ale coloanei vertebrale (intra și/sau extramedulare)
- Îndepărtarea tumorilor orbitale
- Intervenții neurochirurgicale pentru patologii oncologice maligne
- Intervenții asupra hipofizei pe cale transfenoidală

CHIRURGIE GENERALĂ

- Intervenție pentru îndepărtarea neoplasmelor maligne ale sânelor cu posibila aplicare a protezelor

OFTALMOLOGIE

- Intervenții pentru neoplazii ale globului ocular

OTORINOLARINGOLOGIE

- Îndepărtarea tumorilor maligne din toate sectoarele de competență otorinolaringologică
- Intervenție pentru neurinomul celui de-al optulea nerv cranian

CHIRURGIA GÂTULUI

- Intervenție pentru gușă retrosternală cu mediastinotomie
- Tiroidectomie totală cu sau fără limfadenectomie

CHIRURGIA APARATULUI RESPIRATOR

- Intervenții pentru tumorile mediastinului
- Intervenții pentru tumori traheale, bronșice, pulmonare sau pleurale
- Pneumectomie totală sau parțială

CHIRURGIE CARDIOVASCULARĂ

- Intervenții pentru anevrisme: rezecție și transplant cu proteze
- Intervenții asupra aortei abdominale prin laparotomie
- Intervenții pe cord și vase mari cu orice cale de acces toracic
- Toate intervențiile în sala de hemodinamică asupra inimii

CHIRURGIA APARATULUI DIGESTIV

- Intervenții de rezecție (totală sau parțială) a esofagului Intervenții chirurgicale pe anus și rect pentru patologii oncologice maligne

Documentația necesară pentru rambursare

- Dosar medical
- Autorizație Unisalute
- Documentul de cheltuieli din care se deduce o cotă de 20% în sarcina asiguratului

Disponibilitatea anuală pentru această acoperire este de 500 de euro per asigurat.

I. CUM SE SOLICITĂ O RAMBURSARE

Asiguratul trebuie să acceseze ZONA REZERVATĂ pe site-ul web www.fondofast.it, după înregistrare și să încarce toată documentația necesară pentru rambursare.

Procedurile de rambursare vor fi efectuate lunar de către Fond direct în contul curent al asiguratului.

II. CAZURI DE NEAPLICABILITATE A PLANULUI

Planul de sănătate nu este operațional pentru:

- tratamente și/sau intervenții pentru eliminarea sau corectarea defectelor fizice* sau malformațiilor** existente înainte de semnarea planului de sănătate, cu excepția celor prevăzute în secțiunea „Nou-născuți”;
- tratamentul bolilor mintale și al tulburărilor mintale, în general, inclusiv al comportamentelor nevrotice, cu excepția celor prevăzute la punctul „Consultații de specialitate” din Planul de sănătate, cu referire la consultațiile psihiatrice și ciclul ulterior de ședințe;
- protezele dentare, îngrijirea parodontală, îngrijirea dentară și consultațiile stomatologice, cu excepția celor prevăzute la punctele „Servicii de implantologie” și „Servicii stomatologice speciale” din Planul de sănătate;
- servicii medicale în scop estetic (cu excepția chirurgiei plastice reconstructive, necesară în urma leziunilor sau intervențiilor de extracție survenite pe durata de aplicare a Planului de sănătate);
- tratamentele, intervențiile și evaluările care vizează tratamentul infertilității și cele legate de fertilizarea artificială, cu excepția celor prevăzute în secțiunea „Tratamente PMA” din Planul de sănătate;
- intervenții pentru înlocuirea protezelor ortopedice de orice tip;
- tratamentul bolilor rezultate din abuzul de alcool și medicamente psihotrope, precum și utilizarea neterapeutică de droguri sau substanțe halucinogene; cei care demonstrează în mod documentat că au urmat și au finalizat cu succes o cale de dezintoxicare pentru abuzul de alcool sau droguri nu fac obiectul acestei excluderi;
- accidente rezultate din practicarea sporturilor aeriene, în general, sau din orice sport practicat în mod profesionist;
- accidente care rezultă din participarea la curse sau curse cu motor care nu sunt cu caracter comun, curse cu motociclete sau bărci cu motor și teste și antrenamentele aferente;
- accidente cauzate de acțiuni rău-intenționate ale asiguratului;
- consecințele directe sau indirecte ale transmutării nucleului atomului în urma radiațiilor cauzate de accelerația artificială a particulelor atomice și expunerea la radiații ionizante;
- consecințele războiului, insurecțiilor, mișcărilor telurice și erupțiilor vulcanice;
- terapii nerecunoscute de medicina oficială.

*Defect fizic înseamnă abaterea de la structura morfologică normală a unui organism sau a unor părți ale organelor sale din cauza condițiilor morbide sau traumatice dobândite.

**Malformația se referă la abaterea de la structura morfologică normală a unui organism sau a unor părți ale organelor sale din cauza condițiilor morbide congenitale.

III. CÂTEVA CLARIFICĂRI IMPORTANTE

EXTINDERE TERITORIALĂ

Planul de sănătate este valabil în întreaga lume în același mod în care funcționează în Italia.

LIMITE DE VÂRSTĂ

Planul de sănătate poate fi încheiat sau reînnoit până la împlinirea vârstei de **75** de ani a asiguratului, încetând automat la prima expirare după împlinirea vârstei respective de către acesta.

GESTIONAREA DOCUMENTELOR DE CHELTUIELI (FACTURI ȘI CHITANȚE)

În cazul în care Fondul FAST solicită asiguratului să prezinte originalele, documentația de cheltuieli trebuie trimisă la Fondo FAST - Via Toscana, 1 – 00187 Roma, în caz contrar toate elementele de cheltuieli și documentele aferente necesare pentru rambursare vor fi gestionate printr-o zonă rezervată pentru procesarea cererii de despăgubire.

Pentru evenimentele survenite în străinătate, rambursările se vor face în Italia, în euro, la cursul mediu al săptămânii în care a fost suportată cheltuiala.

Fondul poate, după bunul său plac, să solicite în orice moment, trimiterea documentației în original, pentru verificarea corespunzătoare. Vă reamintim că, în cazul documentelor false sau contrafăcute, Fondul va notifica imediat autoritățile judiciare competente pentru verificări corespunzătoare și constatarea oricărei răspunderi penale.

Atenție

Cererile de rambursare trebuie depuse în termen de doi ani de la data facturării sau a documentului de cheltuieli referitor la serviciul prestat, împreună cu alte documente necesare. Pentru spitalizări, termenul începe de la data externării. Facturile și documentele de cheltuieli transmise după o perioadă de doi ani nu vor fi rambursate.

Pentru serviciile de studii experimentale, depunerea documentației de rambursare trebuie să coincidă cu încheierea studiului.

