

SANI.IN.VENETO

guida alla presentazione, consultazione ed integrazione
delle richieste di rimborso



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Sommario

[1-Crea una richiesta di rimborso](#)

[2-Campi obbligatori](#)

[3-Stati pratica](#)

[4-gestione ed integrazione delle pratiche sospese](#)

[5-caricare più prestazioni e/o fatture di seguito per lo stesso iscritto](#)

[6-Consulta le domande di rimborso](#)

[7-Linee per una corretta presentazione della richiesta di rimborso](#)

[8-Esempi](#)

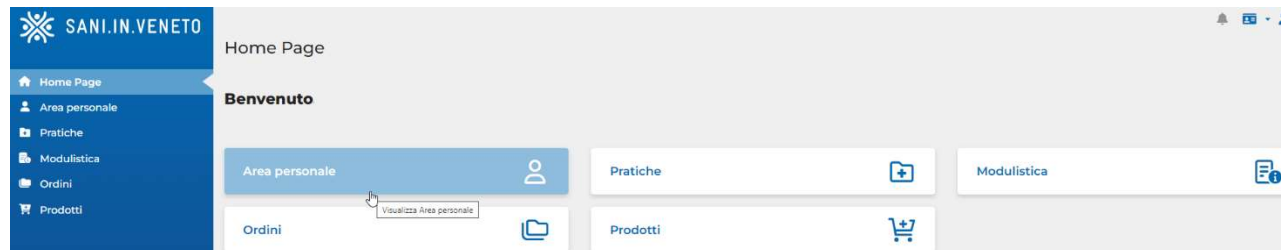


Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



1-Crea una richiesta di rimborso

Accedere al portale e cliccare sulla sezione “Area personale”



Inserire quindi i dati essenziali come IBAN/INTESTATARIO IBAN/MAIL/RESIDENZA cliccando sul pulsante funzionale “MODIFICA ISCRITTO”:

MODIFICA ISCRITTO

NOTA BENE: Necessitiamo di alcuni dati come RESIDENZA / EMAIL / IBAN / INTESTATARIO IBAN, per poter rimborsare le spese mediche; se non saranno inseriti, non sarà possibile presentare alcuna richiesta di rimborso.

Una volta popolati tutti i campi anagrafici, cliccare sul pulsante funzionale INSERISCI NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO:

Inserire la data della prestazione/documento, dal calendario di destra oppure compilandola a mano.

Verrà eseguito immediatamente un controllo sulla copertura – solamente se presente alla data selezionata, si potrà proseguire:

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



2-campi obbligatori

Completa tutti i campi contrassegnati dal simbolo:
*, in quanto **obbligatori** ai fini dell'invio della richiesta.

Tipo di prestazione *	<input type="text"/>	Quantità prestazioni *	<input type="text" value="1"/>
Tipo documento *	<input type="text"/>		
Numero fattura/documento *	<input type="text"/>		
Importo prestazione *	<input type="text" value="40"/>		
P.IVA o codice fiscale della struttura sanitaria *	<input type="text"/>	Ragione sociale della struttura sanitaria *	<input type="text"/>

Potrai salvare la pratica corrente in qualsiasi momento, attraverso il pulsante SALVA, e riprenderla in un secondo momento (accedendo dalla propria Home Page, alla sezione "Pratiche")

Stato: BOZZA

Tipo prestazione: **Visita dietologica**

Sono presenti modifiche non salvate

Crea il: _____ alle _____

Importo richiesto: _____ €



Salva

Vai al riepilogo

NOTA BENE: CARICARE OGNI FATTURA DI ACCONTO E DI SALDO

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



A piè di pagina, saranno nuovamente rappresentati **IBAN** ed **INTESTATARIO IBAN**, così come popolati nella scheda anagrafica iscritto, disponibile sempre da Home Page e modificabile in qualsiasi momento. Su tali coordinate bancarie, verrà rimborsato un eventuale indennizzo, sempre che risulti spettante post verifiche liquidative.

Sulla parte destra, è visibile la finestra riepilogativa circa lo stato della richiesta, che varierà man mano che liquidatori prenderanno in carico e valuteranno la richiesta di rimborso, variandone lo stato.

Gli stati disponibili sono i seguenti:

3-Stati pratica

-nuova: pratica senza alcun dato inserito, che verrà rimossa automaticamente dal sistema dopo 72 h dalla creazione

-bozza: pratica per la quale son stati salvati i dati, ma non inviata, che verrà rimossa automaticamente dal sistema dopo 30 gg dalla creazione

IBAN
IT _____
Intestatario IBAN

Stato: **NUOVA** ⚙️

Tipo prestazione: **Non ancora specificato**

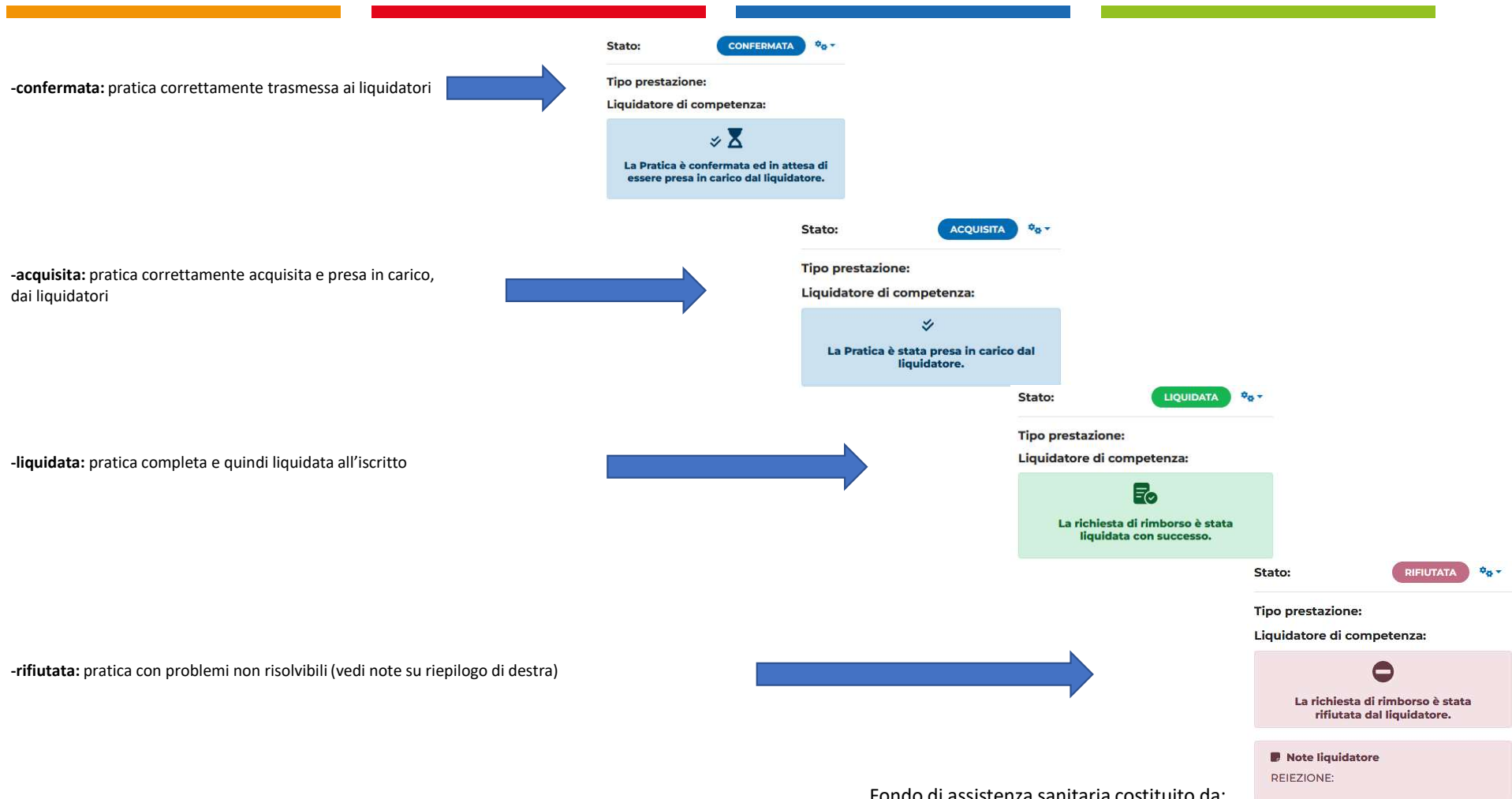
Dati incompleti
Per inviare la pratica, è necessario completare tutti i campi obbligatori e correggere gli eventuali errori.

Stato: **BOZZA** ⚙️

Tipo prestazione: **Visita dietologica**

Sono presenti modifiche non salvate

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



4-gestione ed integrazione delle pratiche sospese

-SOSPESA: pratica con problemi risolvibili e quindi ancora modificabile e risolvibile



Stato: SOSPESA

Tipo prestazione:

Liquidatore di competenza:

✓
Tutti i campi obbligatori sono stati completati.
È ancora possibile modificare le informazioni cliccando sul pulsante di modifica.

Vedi quali modifiche risultano necessarie, sulle note di riepilogo



Note liquidatore

Su Modifica e correggi il campo errato/incompleto



Modifica Annulla

Cliccando su Invia la richiesta, la pratica sarà ri-trasmessa al liquidatore per le verifica finale



Invia la richiesta

-CHIUSA: si tratta di pratica datata, già gestita e conclusa definitivamente, non più modificabile in alcun modo

NOTA BENE: ogni cambio di stato, verrà notificato attraverso messaggistica al contatto salvato sulla scheda anagrafica. Nel caso di gestione attraverso sportello dedicato, saranno anche a quest'ultimo notificate le pratiche solamente se variate in stato "sospesa" e "rifiutata"

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



5-caricare più prestazioni e/o fatture di seguito per lo stesso iscritto

Dopo l'invio della richiesta di rimborso, sarà possibile inserire immediatamente una ulteriore prestazione della stessa fattura e/o una ulteriore fattura dello stesso beneficiario, attraverso i pulsanti dedicati:



Il primo pulsante funzionale, copierà solamente il beneficiario, riportando l'utente alla schermata di inserimento della **data della fattura/documento**, che il Fondo verificherà in automatico per valutare quale tutela e prestazioni erano disponibili alla suddetta data;



Il secondo pulsante funzionale invece, copierà anche tutti i dati ed allegati, dovendo re-inserire quindi solamente **Tipo di prestazione*** ed **Importo prestazione*** (ed eventualmente modificare i restanti campi, solamente se necessario)



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:

6-Consulta le domande di rimborso

Accedere alla Home Page del portale unico SANI IN VENETO:



Scorrendo la pagina Area personale, saranno visibili tutti dati, i familiari e le pratiche presentate per ciascun iscritto, con il relativo stato aggiornato.

In alternativa, è possibile cliccare sulla sezione Pratiche (vedi sopra) e filtrare le richieste di rimborso per: **numero / data presentazione / copertura / stato**

Pratiche

Ricerca testuale

Data creazione

Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa

Tipo copertura

(qualsiasi)

Stato della pratica

(qualsiasi)

Cerca

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



7-Linee per una corretta presentazione della richiesta di rimborso

- Nel campo <Numero fattura/documento>, inserire tutti i caratteri così come indicati nel documento di spesa, comprensivi di qualsiasi carattere presente, come ad es: “ - / 1 ‘ ^ , etc



Numero fattura/documento
30561/23

- Nel campo <Data fattura/documento>, indicare la data di emissione del giustificativo di spesa;



Data fattura/documento
11/03/2023

- Per le tipologie di **prestazioni <esenti>** ed **<interventi chirurgici>**: scegliere dal menù a tendina rispettivamente le voci “Esenti” o “lettera di dimissioni”: così facendo, il sistema popolerà automaticamente il campo “numero fattura” ed inserirà l’importo a 0 euro in automatico
N.B. eventuali pratiche che risultano essere sospese poiché caricate erroneamente, possono essere sbloccate come sopra indicato;



Tipo documento *

Ticket SSN	▼
Seleziona	
Fattura (privato)	
Ticket SSN	
Esenti	
Lettera di dimissione	

- **Prestazioni a pacchetto:** indicare prestazione per prestazione, come fossero voci/fatture singole, con i relativi importi correlati; nel caso non vi sia lo scorporo e non sia possibile ottenerlo, suddividere l’importo totale per le singole prestazioni;
Ad es. ESAME CLINICO STRUMENTALE MAMMELLE con fattura unica da 150,00 euro, caricherò:
 - 1 visita senologica = 50,00 importo prestazione (verrà liquidata la quota corrispondente, come da tariffario)
 - 1 ecografia = 50,00 importo prestazione (verrà liquidata la quota corrispondente, come da tariffario)
 - 1 mammografia = 50,00 importo prestazione (verrà liquidata la quota corrispondente, come da tariffario)
- **Voci generiche:** voci troppo generiche, come ad esempio CHECK UP oppure CURE ODONTOIATRICHE, non sono rimborsabili; necessitiamo di avere la specifica prestazione medica effettuata, per calcolare il corretto importo rimborsabile;

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



- **Post gravidanza:** caricare gli attestati di spesa per PANNOLINI o LATTE ARTIFICIALE, direttamente nella posizione del bambino, che è iscrivibile gratuitamente per i primi due anni di vita direttamente dal portale (vedi: [INSERISCI FAMILIARE A CARICO](#))
N.B.



INSERISCI FAMILIARE

Solo nel caso entrambi i genitori siano iscritti al Fondo in qualità di dipendenti artigiani, sarà possibile per entrambi presentare le richieste di rimborso collegate al pacchetto post gravidanza, caricando gli attestati di spesa sia nella posizione del bambino (registrato gratuitamente da uno dei genitori), sia nella posizione dell' altro genitore.

- **Interventi ambulatoriali per i quali sia stata pagata una fattura:** Per i piccoli interventi (come infiltrazioni, asportazioni chirurgiche, crioterapia ecc) - che sono comunque indennizzati- è necessario inserire l'importo a zero, al fine del calcolo corretto della liquidazione. Scegliere, quindi, dal menù a tendina "lettera di dimissioni": automaticamente il sistema riporterà la stessa dicitura nel campo "numero fattura" ed inserirà l'importo a zero;



Tipo di prestazione *
Interventi chirurgici cardiocirurgia e ...

Tipo documento *
Lettera di dimissione

- **Analisi di laboratorio:** conteggiare le analisi riportate in prescrizione medica e/o le voci delle categorie di analisi riportate sul referto. Verrà liquidata 1 quota ogni 8 analisi;

Numero fattura/documento *
Lettera Di Dimissione

Importo prestazione *
0

- **Bollo:** caricare l'importo speso per ciascuna prestazione/importo fattura **SENZA** indicazione del bollo;

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



8- Sistema Di Caricamento Prestazioni Odontoiatriche

Ricordando che si devono sempre presentare tutte le fatture/ricevute di acconto e saldo debitamente dettagliate e scorporate per ogni prestazione fatturata, Vi riportiamo – di seguito - la procedura per il corretto caricamento delle prestazioni odontoiatriche.

Vi rendiamo noto che ogni richiesta di rimborso dovrà essere caricata inserendo come importo fattura l'ammontare della singola prestazione.

Si inizia a caricare inserendo la prima prestazione abbinandola alla prima fattura di acconto:

- Qualora la fattura presa in considerazione non coprisse interamente la prestazione fatturata, si inserirà il delta mancante nella fattura successiva di acconto indicando come importo fattura solo quanto mancante.
- Qualora la prestazione non coprisse interamente la ricevuta, si procederà ad inserire per la stessa fattura di acconto la successiva prestazione indicando come importo fattura la differenza rimasta; si procederà per l'ultima prestazione inserita a caricarla utilizzando la fattura di acconto successiva decurtando l'importo imputato alla fattura precedente.

Seguono alcuni esempi concreti, nelle pagine successive.



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



8- Esempi

Esempio 1

Prestazioni a tariffa con importi non scorporati: distribuire le prestazioni e quindi le quote, tra acconti e saldo finale

NB. Allegare sempre tutti i documenti ad ogni caricamento

Prestazioni: 3 Otturazioni - totale della spesa: 160,00 euro

CARICO LA FATTURA N. 1

Tipo documento: FATTURA

Tipo garanzia: Cure odontoiatriche -> Otturazione

Importo richiesto: 40,00€

Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 12

Tipo documento: FATTURA

Tipo garanzia: Cure odontoiatriche -> Otturazione

Importo: 120,00€

Quantità: 2

Note: « Si tratta del saldo»

Allegati: acconto + saldo

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dal Pase, 38
Tel 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F.: PZZVTI46S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI ACCONTO

Numero: 1

Data/ora: 01/02/2023 09:32

codice fiscale BENEFICIARIO PRESTAZIONE

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione

Acconto cure odontoiatriche

Pagamento con Carta

Importo

40,00 €

Marca da bollo



Totale documento

40,00 €

Gentile Signora
BENEFICIARIO
PRESTAZIONE

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dal Pase, 38
Tel 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F.: PZZVTI46S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI SALDO

Numero: 12

Data/ora: 01/03/2023 10:15

codice fiscale BENEFICIARIO PRESTAZIONE

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione

3 OTTURAZIONI DENTARIE

Pagamento con Carta

Importo

120,00 €

Marca da bollo



Totale documento

120,00 €

Gentile Signora
BENEFICIARIO
PRESTAZIONE

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Esempio 2

Prestazioni (a tariffa e in percentuale) con importi scorporati
N.B. IN TALI CASISTICHE LO SCORPORA E' DA CARICARE OBBLIGATORIAMENTE

Prestazioni 5: ablazione / 1 VISITA / 2 otturazioni / 1 impianto

Fatture 3:

- fattura 1 acconto 50,00 €
- fattura 2 acconto 150,00 €
- fattura 3 saldo 600,00 €

Tot 5 caricamenti, per ottenere il rimborso esatto:

CARICO LA FATTURA N. 1

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Ablazione tartaro
importo richiesto 37,50€
Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 1 (per erogare il residuale)

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Impianto
importo richiesto 12,50€
Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 2

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Otturazione
importo richiesto 75,00€
Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 2 (per erogare il residuale)

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Otturazione
importo richiesto 75,00€
Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 3

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Impianto
importo richiesto 600,00€
Quantità: 1

Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»

Allegati: acconto + saldo

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dai Pase, 38
Tel. 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F.: PZZVT146S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI ACCONTO

Numero: 1
Data/ora: 01/02/2023 09:32

codice fiscale: BENEFICIARIO PRESTAZIONE

Pagamento con Carta

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione	Importo
-ablazione del tartaro e visita	50,00 €
-impiantologia pre protesi preparatoria ad impianto	

Marca da bollo



Totale documento: 50,00 €

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dai Pase, 38
Tel. 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F.: PZZVT146S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI ACCONTO

Numero: 2
Data/ora: 01/03/2023

codice fiscale: BENEFICIARIO PRESTAZIONE

Pagamento con Carta

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione	Importo
- otturazione 27	150,00 €
- otturazione 12	

Marca da bollo



Totale documento: 150,00 €

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dai Pase, 38
Tel. 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F.: PZZVT146S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI saldo

Numero: 3
Data/ora: 01/04/2023

codice fiscale: BENEFICIARIO PRESTAZIONE

Pagamento con Carta

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione	Importo
- numero 1 impianto	600,00 €

Marca da bollo



Totale documento: 600,00 €

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Esempio 3

Prestazioni in percentuale SENZA importi scorporati
N.B. IN TALI CASISTICHE LO SCORPO E' STATO RICHIESTO MA NON E' DISPONIBILE ASSOLUTAMENTE

Prestazioni 1: impianto
Fatture 2
-fattura 1 acconto 300,00 €
-fattura 2 saldo 300,00 €

Tot 2 caricamenti, per ottenere il rimborso esatto:

CARICO LA FATTURA N. 1

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Impianto
importo richiesto 300,00€
Quantità: 1
Note: « Si tratta dell'acconto , segue saldo»
Allegati: acconto + saldo

CARICO LA FATTURA N. 2 (per erogare il residuale)

Tipo documento: FATTURA
Tipo garanzia: Impianto
importo richiesto 300,00€
Quantità: 1
Note: « Si tratta del saldo»
Allegati: acconto + saldo

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dal Pase, 38
Tel. 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F. : PZZVTI46S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI ACCONTO

Numero: **1**
Data/ora: **01/03/2023**

codice fiscale **BENEFICIARIO PRESTAZIONE** Pagamento con Carta
descrizione della prestazione sanitaria o della cessione

impianto **300,00 €**

Marca da bollo



Totale documento
300,00 €

Gentile Signora
**BENEFICIARIO
PRESTAZIONE**

Dott. ODONTOIATRA
SPECIALISTA IN ODONTOIATRIA
35013 CITTADELLA (PD) - Via Ca' Dal Pase, 38
Tel. 049.5972269 - 5974019 Fax 049.5974019
C.F. : PZZVTI46S05G347M
P.IVA: 00808700280

FATTURA DI saldo

Numero: **2**
Data/ora: **01/04/2023**

codice fiscale **BENEFICIARIO PRESTAZIONE** Pagamento con Carta
descrizione della prestazione sanitaria o della cessione

impianto **300,00 €**

Marca da bollo



Totale documento
300,00 €

Gentile Signora
**BENEFICIARIO
PRESTAZIONE**

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



FINE



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:

