

Formulario per richiedere l'assegnazione del numero di codice creditore
(numero RCC)**Dietisti**

Si può richiedere l'assegnazione di un numero RCC personale come dietista secondo l'art. 50a OAMal soltanto se si esercita attività lucrativa indipendente o come socio/a in una società di persone. Le condizioni e le spiegazioni sull'assegnazione dei numeri RCC sono riportate nella scheda informativa.

Dati di base	
Cantone nel quale vengono dispensate prestazioni	
GLN (Global Location Number)	
IDI (numero di identificazione delle imprese)	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Cognome	
Nome	
Nome studio	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Forma giuridica	<input type="checkbox"/> Impresa individuale <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita <input type="checkbox"/> Società semplice
Lingua per la corrispondenza	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano
Indirizzo studio / sede	
Le prestazioni non vengono dispensate in un luogo fisso, ma esclusivamente all'esterno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Inserire esclusivamente l'indirizzo privato e non compilare i campi seguenti se lo studio non ha una sede perché le prestazioni (trattamenti) vengono dispensate esclusivamente all'esterno.	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / località	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
Fax	
Sito web	
E-mail	

Indirizzo privato	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / località	
Paese	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
E-mail	
Indirizzo per la corrispondenza: <input type="checkbox"/> Indirizzo studio <input type="checkbox"/> Indirizzo privato <input type="checkbox"/> Indirizzo corrispondenza a terzi (indicazioni qui di seguito)	
Indirizzo per la corrispondenza a terzi	
Ditta	
Titolo personale	
Cognome	
Nome	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / località	
Paese	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
E-mail	

Registro dei codici creditori

Coordinate di pagamento (selezionare una variante qui di seguito)	
Variante A	
Desidera fatturare tramite una delle seguenti società di recupero crediti. Segnare con una crocetta la voce che interessa:	
Società di recupero crediti	<input type="checkbox"/> Cassa dei medici <input type="checkbox"/> Swisscom (Svizzera) SA <input type="checkbox"/> Cassa dei dentisti <input type="checkbox"/> NOVENTI Service AG <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC
Variante B	
Desidera fatturare tramite il seguente conto bancario. Si prega di compilare i campi qui di seguito e di allegare un documento della banca che certifica le coordinate di pagamento.	
Titolare del conto: nome	
Titolare del conto: nome aggiuntivo	
Titolare del conto: via	
Titolare del conto: casella postale	
Titolare del conto: NPA / località	
Genere di conto	<input type="checkbox"/> Conto corrente postale <input type="checkbox"/> Conto bancario
Numero di clearing	
Numero del conto	
IBAN (21 cifre) Non confondere con il QR-IBAN	
Nome della banca	
Variante A e B:	
Si prega di specificare se il pagamento va effettuato tramite numero di riferimento.	
Bonifico tramite numero di riferimento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Status	
Apertura studio	(Giorno / mese / anno)
Selezionare la data di inizio del numero RCC sulla base dei seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> • Data a partire dalla quale si intende fatturare prestazioni a carico degli assicuratori malattia. • Per tale data devono essere soddisfatte tutte le condizioni per l'autorizzazione indicate sulla scheda informativa. Si prega di prendere nota che gli assicuratori possono rifiutare le eventuali prestazioni fornite prima di tale data.	

Relazioni	
Numero RCC personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Documenti da presentare	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale all'esercizio della professione di dietista <input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale ad esercitare come dietista a carico dell'AOMS (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) secondo l'art. 50a OAMal oppure conferma cantonale concernente i «diritti acquisiti secondo il cpv. 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 della LAMal» <input type="checkbox"/> conferma del conto bancario	
Dichiarazione	
<p>Il sottoscritto fornitore di prestazioni conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra.</p> <p>Egli si impegna a notificare immediatamente qualsiasi cambiamento tramite il formulario di mutazione ufficiale, in modo da consentire la verifica delle condizioni di ammissione. Egli ha il diritto di chiedere in ogni momento un estratto aggiornato dei dati.</p> <p>Il fornitore di prestazioni conferma di aver preso conoscenza delle Condizioni Generali di Contratto aggiornate del Registro dei codici creditori (CGC-RCC) e che il numero RCC ovvero il numero C viene assegnato sulla base delle informazioni fornite nel presente formulario. Le informazioni errate o incomplete, come pure la mancata notifica di modifiche, possono causare problemi nella remunerazione delle prestazioni fornite. È espressamente esclusa qualsiasi rivendicazione di responsabilità correlata all'assegnazione o non assegnazione del numero RCC o del numero C.</p> <p>Il numero RCC è assegnato per la durata di 5 anni e può essere rinnovato in seguito.</p> <p>Fa stato la tariffa in vigore e il regolamento per il trattamento RCC. Entrambi i documenti e le Condizioni Generali di Contratto aggiornate si possono consultare sul sito web di SASIS SA www.sasis.ch/it/basi-giuridiche-rcc.</p>	
Luogo e data	Firma
_____	_____
	Nome e cognome

Inviare il formulario e i documenti a:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, Postfach, 6002 Luzern