

Registro dei codici creditori

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

Farmacie

I numeri RCC per le farmacie sono assegnati a un soggetto giuridico per la sede in cui vengono dispensate le prestazioni. Le condizioni e le spiegazioni sull'assegnazione dei numeri RCC e C sono riportate nella scheda informativa.

<input type="checkbox"/> Nuova apertura dalla data	(Giorno / mese / anno)	
Selezionare l'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.		
<input type="checkbox"/> Cambio di proprietario dalla data	(Giorno / mese / anno)	Numero RCC già assegnato
Dati di base		
Cantone in cui ha sede la farmacia		
GLN (Global Location Number) Indicare il GLN della sede		
IDI (numero di identificazione delle imprese)		
Nome della farmacia / sede		
Ditta come da registro di commercio		
Forma giuridica	<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Sagl <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> Istituzione di diritto pubblico <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita <input type="checkbox"/> Altro:	
Lingua per la corrispondenza	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano	
Indirizzo della sede		
Aggiunta indirizzo		
Via		
Casella postale		
NPA / località		
Numero di telefono principale		
Numero di telefono aggiuntivo		
Fax		
Sito web		
E-mail		

Registro dei codici creditori

Indirizzo per la corrispondenza (se non coincide con l'indirizzo della sede)	
Ditta	
Titolo personale	
Cognome	
Nome	
Aggiunta indirizzo	
Via	
Casella postale	
NPA / località	
Paese	
Numero di telefono principale	
Numero di telefono aggiuntivo	
E-mail	
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	

Registro dei codici creditori

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
Farmacisti dipendenti	
<input type="checkbox"/> Responsabile <input type="checkbox"/> Non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nella farmacia dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
<input type="checkbox"/> Responsabile <input type="checkbox"/> Non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nella farmacia dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C

Documenti da presentare della farmacia

- Autorizzazione cantonale all'esercizio come farmacia
 conferma del conto bancario

Documenti da presentare delle persone dipendenti

- Autorizzazione cantonale all'esercizio della professione di farmacista
 Conferma cantonale che sono soddisfatti i criteri ai sensi dell'art. 40 OAMal **oppure** conferma cantonale concernente i «diritti acquisiti secondo il cpv. 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 della LAMal»

Dichiarazione

Il sottoscritto fornitore di prestazioni conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra.

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.

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.

Il numero RCC vale per un soggetto giuridico per sede. Qualsiasi cambiamento del soggetto giuridico o della sede va comunicato immediatamente al Registro dei codici creditori. Il numero RCC è assegnato per la durata di 5 anni e può essere rinnovato in seguito.

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.

Il formulario di richiesta va firmato dalla persona autorizzata a firmare.

Luogo e data**Firma****Nome e cognome****Funzione**

Inviare il formulario e i documenti a:

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