

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

Si può richiedere l'assegnazione di un numero RCC personale come infermiere secondo l'art. 49 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.

**Legenda:**

- a) Campo obbligatorio e dati vengono trasmessi al partner contrattuale (per es. assicuratore)  
b) Campo facoltativo, dati vengono trasmessi al partner contrattuale (per es. assicuratore)  
c) Campo facoltativo, dati non vengono trasmessi al partner contrattuale (per es. assicuratore)

<b>Richiesta</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Richiesta di assegnazione di un nuovo numero RCC</b>	
<input type="checkbox"/> Riattivare un numero RCC sospeso	N. RCC
<b>Settore di attività</b>	
a) Per ciascun settore di attività si assegna un numero RCC separato: <input type="checkbox"/> Prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 1 OPre <input type="checkbox"/> Prestazioni di cura ambulatoriali per strutture diurne e notturne (SDON) <input type="checkbox"/> Cure acute e transitorie CAT)	
<b>Dati di base</b>	
a) Cantone nel quale si dispensano prestazioni	
a) GLN (Global Location Number)	Es. GLN: 7601123456789
b) IDI (numero d'identificazione delle imprese)	<input type="checkbox"/> IDI non ancora assegnato come impresa individuale <input type="checkbox"/> esercito attività lucrativa indipendente e numero IDI personale assegnato CHE Es. IDI: CHE123456789
a) Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signor <input type="checkbox"/> Signora
a) Cognome	
a) Nome	
b) Nome dello studio	
a) Data di nascita	Es. 09.12.1968
a) Forma giuridica	<input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita <input type="checkbox"/> Società semplice
a) Lingua di corrispondenza	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano

## Registro dei codici creditori

Indirizzo studio / sede	
a) Dispensa prestazioni non in una sede fissa, ma esclusivamente all'esterno (cure domiciliari)?	
<input type="checkbox"/> Sì, allora inserire l'indirizzo privato come indirizzo studio / sede <input type="checkbox"/> No, allora inserire l'indirizzo studio / sede	
b) Aggiunta indirizzo	
a) Via	
b) Casella postale	
a) NPA, località	
a) Numero di telefono principale	
b) Numero di telefono aggiuntivo	
b) Fax	
b) Sito web	
a) E-mail	
Indirizzo per la corrispondenza con SASIS SA	
b) Indicare a quale indirizzo desidera corrispondere con SASIS SA. Nota bene: l'indirizzo di corrispondenza deve essere già attivo. Una sola variante ammessa.	
<input type="checkbox"/> <b>Indirizzo sede / studio</b> <input type="checkbox"/> <b>Indirizzo privato (se selezionato, compilare i campi qui di seguito)</b> <input type="checkbox"/> <b>Indirizzo di corrispondenza a terzi (se selezionato, compilare i campi qui di seguito)</b>	
Indirizzo di corrispondenza	
c) Ditta	
c) Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signor <input type="checkbox"/> Signora
c) Cognome	
c) Nome	
c) Aggiunta indirizzo	
c) Via	
c) Casella postale	
c) NPA, località	
c) Paese	
c) Numero di telefono principale	
c) Numero di telefono aggiuntivo	
c) E-mail	

## Registro dei codici creditori

Coordinate di pagamento	
Selezionare variante A oppure variante B e compilare i relativi campi obbligatori. Se si è selezionata la variante A saltare la variante B.	
<b>Variante A</b> Se desidera fatturare tramite una delle seguenti società di recupero crediti, mettere una crocetta sulla società desiderata.	
a) 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
<b>Variante B (compilare solo se non si è selezionato la variante A)</b> Se desidera fatturare tramite coordinate di pagamento, compilare i campi obbligatori qui di seguito e allegare un documento della banca che certifica le coordinate di pagamento (per es. facsimile polizza di versamento). Attenzione però: <ul style="list-style-type: none"> <li>• non deve trattarsi di un QR-IBAN.</li> <li>• per ciascun numero RCC è possibile una sola coordinata di pagamento, non più di una.</li> <li>• l'IBAN deve appartenere a un conto bancario svizzero.</li> </ul>	
a) Titolare del conto: nome e cognome	
a) Titolare del conto: via	
b) Titolare del conto: casella postale	
a) Titolare del conto: NPA / località	
a) IBAN (21 cifre)	Es. CH44 0700 0800 1234 1000 4
Data di inizio validità del numero RCC	
Selezionare la data in cui inizia la validità del numero RCC in base ai seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data dalla quale si intende dispensare prestazioni a carico degli assicuratori malattia.</li> <li>• Per tale data devono essere soddisfatte tutte le condizioni per l'autorizzazione indicate sulla scheda informativa.</li> <li>• La data iniziale deve rientrare nell'arco dei prossimi sei mesi, ma non oltre.</li> </ul> Nota bene: gli assicuratori possono rifiutare il conteggio delle prestazioni dispensate prima di tale data.	
a) Data di inizio del numero RCC	Es. 01.01.2024
Relazioni	
b) Numero RCC personale già assegnato.	Numero/i RCC:
b) Numero C personale già assegnato.	Numero C:

**Documenti da inoltrare**

- ☐ Copia dell'autorizzazione (dettagliata) cantonale all'esercizio della professione di infermiere
- ☐ Copia dell'autorizzazione (dettagliata) cantonale per esercitare come infermiere a carico dell'AOMS (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) secondo l'art. 49 OAMal **oppure** conferma cantonale concernente i «diritti acquisiti secondo il cpv. 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 19.06.2020 della LAMal»
- ☐ Conferma della banca (se si è scelta la variante B come coordinate di pagamento)
- ☐ Se disponibile: attestazione di formazione complementare in consulenza per l'allattamento, attestazione di formazione complementare in consulenza per diabetici, attestazione di abilitazione alla valutazione del fabbisogno di cure psichiatriche rilasciata dal Segretariato di controllo e conferma di santésuisse

**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 autorizzazione. 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 dispensate. È espressamente esclusa qualsiasi rivendicazione di responsabilità correlata all'assegnazione o non assegnazione del numero RCC o del numero C.

Il numero RCC è assegnato per la durata di 5 anni e può essere rinnovato in seguito.

Fanno stato la tariffa in vigore e il regolamento per il trattamento RCC.

Entrambi i documenti e le Condizioni Generali di Contratto si possono consultare sul sito di SASIS SA [www.sasis.ch/it/basi-giuridiche-rcc](http://www.sasis.ch/it/basi-giuridiche-rcc).

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

**Inviare la richiesta solo dopo aver raccolto tutti i documenti necessari e compilato tutti i campi obbligatori.**

Inviare il formulario e i documenti a:

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