

Registro dei codici creditori

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

Organizzazioni di chiropratica

I numeri RCC per le organizzazioni di chiropratica, ai sensi dell'art. 44a OAMal (ordinanza sull'assicurazione malattie), sono assegnati a un soggetto giuridico (persona giuridica) 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.

Dati di base	
Cantone nel quale vengono dispensate prestazioni	
GLN (Global Location Number) Indicare il GLN della sede	
IDI (numero di identificazione delle imprese)	
Nome della sede	
Ditta come da registro di commercio	
Forma giuridica (l'organizzazione non può essere una ditta individuale)	<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
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	
Indirizzo per la corrispondenza (se non coincide con l'indirizzo della sede)	
Ditta	
Titolo personale	
Cognome	
Nome	
Aggiunta indirizzo	
Via	

Registro dei codici creditori

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	
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

Registro dei codici creditori

Status	
Apertura dell'organizzazione	(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.	
Chiropratici dipendenti	
<input type="checkbox"/> responsabile (una persona deve essere responsabile) <input type="checkbox"/> non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr. med. chiro <input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
<input type="checkbox"/> responsabile (una persona deve essere responsabile) <input type="checkbox"/> non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr. med. chiro <input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC

Registro dei codici creditori

<input type="checkbox"/> responsabile (una persona deve essere responsabile) <input type="checkbox"/> non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr. med. chiro <input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
<input type="checkbox"/> responsabile (una persona deve essere responsabile) <input type="checkbox"/> non responsabile	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr. med. chiro <input type="checkbox"/> Dr.
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
Documenti da presentare dell'organizzazione	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale all'esercizio in qualità di organizzazione di chiropratica oppure conferma del Cantone che, in base alla legge cantonale, non si rilascia autorizzazione all'esercizio per le organizzazioni di chiropratica <input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale ad esercitare in qualità di organizzazione di chiropratica a carico dell'AOMS (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) secondo l'art. 44a OAMal <input type="checkbox"/> conferma del conto bancario	
Documenti da presentare delle persone dipendenti	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale all'esercizio della professione di chiropratico	

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