

Registro dei codici creditori

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

Organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio

I numeri RCC per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, ai sensi dell'art. 51 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.

Settore di attività	
Per ciascun settore di attività si assegna un numero RCC separato:	
<input type="checkbox"/> Prestazioni di cura in generale secondo dell'art. 7 cpv. 1 OPre <input type="checkbox"/> Prestazioni di cura per strutture diurne e notturne (SDON) <input type="checkbox"/> Prestazioni di cure acute e transitorie (CAT)	
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 dello Spitem / della sede	
Ditta come da registro di commercio	
Forma giuridica (l'organizzazione deve essere una persona 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
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
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.	
Infermieri dipendente	
Almeno un infermiere dipendente deve esercitare la professione sotto la propria responsabilità professionale ai sensi della legge sulle professioni sanitarie (LPSan) e soddisfare i criteri ai sensi dell'art. 49 lett. a/b OAMal.	
<input type="checkbox"/> responsabile, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con o senza formazione complementare, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con formazione complementare , non soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
<input type="checkbox"/> responsabile, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con o senza formazione complementare, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con formazione complementare , non soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC

Registro dei codici creditori

<input type="checkbox"/> responsabile, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con o senza formazione complementare, soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal <input type="checkbox"/> dipendente con formazione complementare , non soddisfa i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal	
Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
Cognome	
Nome	
GLN del dipendente	
Data di nascita	(Giorno / mese / anno)
Svolge attività nell'organizzazione dal	(Giorno / mese / anno)
Numero C personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero C
Numero RCC personale già assegnato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, numero RCC
Documenti dell'organizzazione	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale all'esercizio in qualità di organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio oppure conferma del Cantone che, in base alla legge cantonale, non si rilascia autorizzazione all'esercizio per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio <input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale ad esercitare come organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio a carico dell'AOMS (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) secondo l'art. 51 OAMal oppure conferma cantonale concernente i «diritti acquisiti secondo il cpv. 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 della LAMal»	
Documenti da presentare delle persone dipendenti, che soddisfano i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione cantonale all'esercizio della professione di infermiere <input type="checkbox"/> Conferma cantonale che certifica la soddisfazione dei criteri secondo l'art. 49, lett. a/b 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"/> 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 <input type="checkbox"/> conferma del conto bancario	
Documenti da presentare delle persone dipendenti, che non soddisfano i criteri secondo l'art. 49 lett. a/b OAMal	
<input type="checkbox"/> Attestato di formazione come da scheda informativa <input type="checkbox"/> Attestazione di formazione complementare obbligatoria : 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 emessa dal Segretariato di controllo e conferma di san-tésuisse	

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