

Registro dei codici creditori

Formulario di richiesta per numero di codice creditore (n. RCC)

Si prega di utilizzare questo formulario esclusivamente per richiedere un numero RCC per infermieri che esercitano attività indipendente, se intende conteggiare prestazioni di struttura diurna o notturna (SDON). Per le prestazioni di cure acute e transitorie si prega di usare il formulario «infermieri CAT» e per le normali prestazioni infermieristiche il formulario «infermieri» che si trovano entrambi alla pagina www.sasis.ch/it/575.

Per le persone giuridiche (SA, Sarl ecc.) che intendono richiedere un numero RCC come Spitex (organizzazione di cure e di aiuto a domicilio) il formulario è disponibile alla pagina www.sasis.ch/it/580.

Per gli infermieri che svolgono attività dipendente in un'organizzazione Spitex si prega di utilizzare il formulario «Entrata e uscita, numero di controllo C» all'indirizzo www.sasis.ch/it/809. Occorre notificare esclusivamente gli infermieri dipendenti con formazione specifica «valutazione del fabbisogno di cure psichiatriche», «consulenza per diabetici» e «consulenza per l'allattamento».

(Per facilitare la lettura si usa la forma maschile per entrambi i sessi)

| Dati di base | |
|--|--|
| Cantone in cui ha sede lo studio | |
| GLN (Global Location Number) | |
| UID (numero d'identificazione delle imprese) | |
| Titolo personale | <input type="checkbox"/> signora <input type="checkbox"/> signor |
| Cognome | |
| Nome | |
| Nome dello studio | |
| Data di nascita | (giorno / mese / anno) |
| Forma giuridica | <input type="checkbox"/> ditta individuale <input type="checkbox"/> altre: |
| Lingua per la corrispondenza | <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> italiano |
| Indirizzo dello studio / sede | |
| Aggiunta indirizzo | |
| Via | |
| Casella postale | |
| NPA / luogo | |
| Telefono studio | |
| Cellulare | |
| Fax studio | |
| Home page | |
| E-mail studio | |

Registro dei codici creditori

| Indirizzo privato (obbligatorio per l'assegnazione del numero RCC) | |
|--|--|
| Aggiunta indirizzo | |
| Via | |
| Casella postale | |
| NPA / luogo | |
| Paese | |
| Telefono privato | |
| Cellulare privato | |
| E-mail privato | |
| Indirizzo di corrispondenza: <input type="checkbox"/> indirizzo dello studio <input type="checkbox"/> indirizzo privato <input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza presso terzi (indicazioni qui di seguito) | |
| Indirizzo di corrispondenza presso terzi (se desiderato, solo con procura) | |
| Ditta | |
| Titolo personale | |
| Cognome | |
| Nome | |
| Aggiunta indirizzo | |
| Via | |
| Casella postale | |
| NPA / luogo | |
| Paese | |
| Telefono | |
| Cellulare | |
| E-mail | |
| Traffico dei pagamenti (i campi relativi al titolare del conto vanno compilati obbligatoriamente) | |
| Conteggio tramite terzi (ufficio incasso) | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cassa dei medici <input type="checkbox"/> swisscom health <input type="checkbox"/> Cassa per medici-dentisti <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> conteggio tramite altri, allegare facsimile della polizza di versamento |
| Titolare del conto: nome | |
| Titolare del conto: nome aggiuntivo | |
| Titolare del conto: via | |
| Titolare del conto: casella postale | |
| Titolare del conto: NPA / luogo | |

Registro dei codici creditori

| | |
|---|---|
| Genere di conto | <input type="checkbox"/> conto corrente postale <input type="checkbox"/> conto bancario |
| Numero clearing | |
| Numero conto | |
| IBAN (21 cifre) | |
| Nome della banca | |
| In caso di conteggio elettronico tramite numero PVR | numero PVR (9 cifre) 0 1 _ _ _ _ _ _ _ _ allegare facsimile della polizza |
| Status | |
| Inizio dell'attività SDON | (giorno / mese / anno) |
| Scegliere con cura la data di inizio dell'attività lavorativa indipendente. Se non si conteggiano prestazioni subito dopo la data di inizio dell'attività indicata, l'AVS non potrà eventualmente rilasciare l'attestato di attività indipendente richiesto dopo al massimo tre mesi. In questo caso dovremo sospendere il numero RCC. Si prega di prendere nota che la data di inizio dell'attività indipendente deve essere posteriore alla data di validità dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. Gli assicuratori possono rifiutare le eventuali prestazioni fornite prima di tale data. | |
| Relazioni | |
| Numeri RCC personali | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, n. RCC |
| Numero C personale come infermiere dipendente/responsabile | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, n. C |
| Documenti da presentare (indicazioni dettagliate: vedi scheda informativa) | |
| <input type="checkbox"/> autorizzazione all'esercizio della professione | |
| <input type="checkbox"/> diploma SUP (scuola universitaria professionale) con numero di registrazione (BSc o MSc) oppure | |
| <input type="checkbox"/> diploma con riconoscimento del titolo professionale CRS oppure | |
| <input type="checkbox"/> diploma estero con decisione CRS | |
| <input type="checkbox"/> diploma consulenza per diabetici (se disponibile), con relativa adesione alla convenzione (ASI) | |
| <input type="checkbox"/> diploma consulenza per l'allattamento (se disponibile), con relativa adesione alla convenzione (ASI) | |
| <input type="checkbox"/> eventuale attestazione di abilitazione alla valutazione del fabbisogno di cure psichiatriche | |
| <input type="checkbox"/> attestazione attività pratica di 2 anni a tempo pieno (100%) | |
| <input type="checkbox"/> dichiarazione di adesione alla convenzione con visto ASI | |
| <input type="checkbox"/> non ho un rapporto di lavoro dipendente, altrimenti: | |
| <input type="checkbox"/> allegare consenso del datore di lavoro per svolgere lavoro indipendente | |

Registro dei codici creditori

Dichiarazione

Il sottoscritto fornitore di prestazioni conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra. Con l'indicazione dell'indirizzo di posta elettronica, il richiedente conferma di approvare l'invio di documenti RCC e di altra corrispondenza scritta a questo indirizzo.

Egli si impegna a notificare immediatamente qualsiasi cambiamento tramite il formulario di modifica ufficiale, in modo da consentire la verifica completa 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 indicazioni 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 o il numero C 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 si possono consultare sul sito web di SASIS SA www.sasis.ch/it/634 alla voce «Basi giudiziarie».

Luogo e data

Firma

Nome cognome

Inviare il formulario e i documenti a:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Postfach 3841, 6002 Luzern 2 Universität