

Registro dei codici creditori

Entrata e uscita numero di controllo (numero C)

Persone che svolgono attività dipendente nei Associazione per il diabete

Si prega di utilizzare il presente formulario esclusivamente per notificare un'entrata o un'uscita di infermieri o dietisti che svolgono attività dipendente in una associazione per il diabete. Le condizioni e le spiegazioni sull'assegnazione dei numeri C 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)

Datore di lavoro	
a) Numero RCC del datore di lavoro	
a) Nome del datore di lavoro	
Entrata infermiere / dietista	
Almeno un infermiere dipendente da un'organizzazione nell'associazione per il diabete 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 OAMaI	
a) <input type="checkbox"/> responsabile infermiere (una persona deve essere responsabile) <input type="checkbox"/> non responsabile infermiere <input type="checkbox"/> non responsabile dietista	
a) Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
a) Cognome	
a) Nome	
a) GLN personale	<small>Es. GLN: 7601123456789</small>
a) Data di nascita	<small>Es. 09.12.1968</small>
a) Data di inizio <small>Tutti i requisiti di ammissione elencati nella scheda informativa devono essere soddisfatti a partire da questa data.</small>	<small>Es. 01.01.2024</small>
b) Numero C personale già assegnato	Numero C:
b) Numeri RCC personali già assegnati	Numeri RCC:

Registro dei codici creditori

Documenti da presentare dell'infermiere	
<input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione (dettagliata) all'esercizio della professione di infermiere <input type="checkbox"/> Copia della conferma (dettagliata) 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 19.06.2020 della LAMal» <input type="checkbox"/> Copia diploma in diabetologia	
Documenti da presentare della dietista	
<input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione (dettagliata) all'esercizio della professione di dietista <input type="checkbox"/> Copia della conferma (dettagliata) cantonale che certifica la soddisfazione dei criteri secondo l'art. 50a, lett. a/b OAMal oppure conferma cantonale concernente i «diritti acquisiti secondo il cpv. 2 delle disposizioni transitorie della modifica del 19.06.2020 della LAMal»	
Uscita del dipendente (se si tratta di una uscita, compilare i campi obbligatori)	
a) Numero C	
a) Cognome	
a) Nome	
a) Uscita in data:	Es. 18.05.2024
Dichiarazione	
<p>Il sottoscritto datore di lavoro conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra e conferma di aver preso conoscenza delle Condizioni Generali di Contratto del Registro dei codici creditori (CGC-RCC).</p> <p>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 C.</p> <p>Fanno stato la tariffa in vigore e il regolamento per il trattamento RCC.</p> <p>Entrambi i documenti e le Condizioni Generali di Contratto si possono consultare sul sito di santéservices sa www.santeservices.ch/it/sistemi-per-il-ramo/registro/basi-giuridiche-rcc.</p> <p>Il formulario di richiesta va firmato dalla persona autorizzata a firmare.</p>	
Luogo e data	
Nome e cognome	
Funzione	
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:
santéservices sa, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern