

## Registro dei codici creditori

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

### Laboratori

I numeri RCC vengono assegnati ai laboratori che, per mandato di un altro fornitore di prestazioni autorizzato, eseguono altre analisi oltre quelle attinenti all'ambito delle cure di base (art. 53 e 54 Abs. 3 OAMal). L'assegnazione dei numeri avviene per ciascun soggetto giuridico e sede in cui vengono dispensate le prestazioni. Le condizioni e le spiegazioni sull'assegnazione dei numeri RCC e 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)

Dati di base	
a) Cantone nel quale si dispensano prestazioni	
a) GLN (Global Location Number) Indicare il GLN della sede	Es. GLN: 7601123456789
a) IDI (numero d'identificazione dell'impresa)	CHE Es. IDI: CHE123456789
a) Nome della sede	
a) Ditta come da registro di commercio	
a) Forma 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 <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita <input type="checkbox"/> Altro:
a) Lingua di corrispondenza	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano
Ambito di attività speciale	
b) Si prega di specificare se si intende dispensare prestazioni a carico dell'AOMS in uno degli ambiti specificati. Occorre allegare la relativa autorizzazione unitamente alla richiesta.	
<input type="checkbox"/> Laboratorio di microbiologia	Presentare l'autorizzazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici per effettuare analisi microbiologiche per diagnosticare o escludere la presenza di malattie trasmissibili.
<input type="checkbox"/> Laboratorio di genetica	Presentare l'autorizzazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP per eseguire esami citogenetici o genetico-molecolari.
Indirizzo sede	
b) Aggiunta indirizzo	
a) Via	
b) Casella postale	
a) NPA, località	

## Registro dei codici creditori

a) Numero di telefono principale	
b) Numero di telefono aggiuntivo	
b) Fax	
b) Sito web	
a) E-mail	
<b>Indirizzo per la corrispondenza con santéservices sa</b>	
Se per comunicare con santéservices sa è necessario un indirizzo di corrispondenza diverso da quello della sede, è possibile indicare l'indirizzo nella rubrica Indirizzo di corrispondenza. Si prega di notare che l'indirizzo di corrispondenza deve essere valido da subito.	
<b>Indirizzo di corrispondenza (se non coincide con l'indirizzo della sede)</b>	
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	
<b>Coordinate di pagamento</b>	
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

## Registro dei codici creditori

<p><b>Variante B (compilare solo se non si è selezionato la variante A)</b></p> <p>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).</p> <p>Attenzione però:</p> <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
<b>Data di inizio validità del numero RCC</b>	
<p>Selezionare la data in cui inizia la validità del numero RCC in base ai seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data dalla quale si intende dispensare prestazioni a carico degli assicuratori malattia.</li> <li>• Per tale data tutte le condizioni di ammissione elencati nella scheda informativa devono essere soddisfatti.</li> <li>• La data iniziale deve rientrare nell'arco dei prossimi sei mesi, ma non oltre.</li> </ul> <p>Nota bene: gli assicuratori possono rifiutare il conteggio delle prestazioni dispensate prima di tale data.</p>	
a) Data di inizio del numero RCC	Es. 01.01.2024
<b>Responsabili di laboratorio</b>	
<p>Il responsabile del laboratorio è indicato come responsabile di laboratorio nell'autorizzazione cantonale d'esercizio o nell'ammissione AOMS del laboratorio ed è in possesso di un titolo di formazione postgraduata FAMH oppure di un riconoscimento di equivalenza rilasciato dall'UFSP.</p>	
a) Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
b) Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr.
a) Cognome	
a) Nome	
a) GLN personale	Es. GLN: 7601123456789
a) Data di nascita	Es. 09.12.1968
a) Data di inizio	Es. 01.01.2024
<small>Tutti i requisiti di ammissione elencati nella scheda informativa devono essere soddisfatti a partire da questa data.</small>	
b) Numero C personale già assegnato	Numero C:
a) Titolo personale	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor
b) Titolo professionale	<input type="checkbox"/> Dr.

## Registro dei codici creditori

a) Cognome	
a) Nome	
a) GLN personale	Es. GLN: 7601123456789
a) Data di nascita	Es. 09.12.1968
a) Data di inizio <small>Tutti i requisiti di ammissione elencati nella scheda informativa devono essere soddisfatti a partire da questa data.</small>	Es. 01.01.2024
b) Numero C personale già assegnato	Numero C:
<b>Nel caso di altri responsabili che lavorano nell'organizzazione, si prega di copiare e compilare la pagina 3/4.</b>	
<b>Documenti da presentare</b>	
<input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione (dettagliata) cantonale all'esercizio in qualità di laboratorio <b>oppure</b> conferma del Cantone che, in base alla legge cantonale, non si rilascia autorizzazione all'esercizio per i laboratori <input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione (dettagliata) cantonale ad esercitare come laboratorio a carico dell'AOMS (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) secondo gli art. 53 e 54 cpv. 3 OAMal <b>oppure</b> 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 dell'autorizzazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici se si effettuano analisi microbiologiche per diagnosticare o escludere la presenza di malattie trasmissibili <input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP se si eseguono esami citogenetici o genetico-molecolari <input type="checkbox"/> Conferma della banca (se si è scelta la variante B come coordinate di pagamento)	
<b>Documenti da presentare delle persone dipendenti</b>	
<input type="checkbox"/> Copia dell'autorizzazione (dettagliata) cantonale all'esercizio della professione (se nel rispettivo Cantone è richiesta l'autorizzazione) <input type="checkbox"/> Copia di formazione postgraduata FAMH oppure riconoscimento di equivalenza rilasciato dall'UFSP	

## Registro dei codici creditori

Dichiarazione	
<p>Il sottoscritto fornitore di prestazioni conferma l'esattezza di quanto dichiarato sopra.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 santéservices sa <a href="http://www.santeservices.ch/it/sistemi-per-il-ramo/registro/basi-giuridiche-rcc">www.santeservices.ch/it/sistemi-per-il-ramo/registro/basi-giuridiche-rcc</a>.</p> <p>Il formulario di richiesta va firmato dalla persona autorizzata a firmare.</p>	
<b>Luogo e data</b>	
<b>Nome e cognome</b>	
Funzione	
<b>Firma</b>	

**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**