

Allegato 4

alla convenzione concernente la consegna di protesi oculari

in vigore dal 1° gennaio 2019 (stato al 1° gennaio 2024)

Nota: per facilitare la lettura è stata impiegata la forma maschile per fare riferimento a persone di entrambi i sessi. In caso di dubbi interpretativi fa fede la versione tedesca.

Autodichiarazione

per il riconoscimento dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori AINF / AM / AI

Nome dell'azienda: _____

Nome del proprietario: _____

Interlocutore competente: _____

Indirizzo (via / n°): _____

NPA / località: _____

Stato _____

Telefono: _____

Fax: _____

Indirizzo e-mail: _____

Sito web: _____

Nome dell'ocularista che possiede una formazione specialistica in materia oppure ha completato un tirocinio o conseguito un diploma superiore con successiva formazione supplementare per diventare ocularista presso un istituto per protesi oculari:

Ocularista 1: _____

Ocularista 2: _____

Ocularista 3: _____

Ocularista 4: _____

Ocularista 5: _____

Ocularista 6: _____

Si prega di allegare alla presente autodichiarazione copie di diplomi, certificati di capacità, attestati ecc.

Criteri di riconoscimento

1. Esperienza professionale
2. Aggiornamento professionale
3. Conoscenza delle lingue straniere
4. Reperibilità
5. Infrastruttura del luogo di lavoro
6. Fornitori di prestazioni esteri
7. Autodichiarazioni

1. Esperienza professionale

I seguenti ocularisti impiegati dal fornitore di prestazioni hanno maturato un'esperienza professionale di almeno dieci anni (incluso il tirocinio) per quanto concerne l'adattamento individuale delle protesi oculari.

Ocularista 1	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 2	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 3	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 4	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 5	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 6	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Si prega di allegare alla presente autodichiarazione, per ogni ocularista, una copia dei certificati di lavoro e degli attestati pertinenti.

2. Aggiornamento professionale

Il fornitore di prestazioni conferma di garantire l'aggiornamento continuo dei propri ocularisti attraverso la partecipazione a convegni specialistici nazionali e/o internazionali e a corsi di formazione on-the-job.

Prende atto del fatto che la CPF gli chiede di presentare ogni due anni appositi certificati che attestino l'aggiornamento.

☐ **Sì** ☐ **No**

3. Conoscenza delle lingue straniere

Il fornitore di servizi garantisce una consulenza nelle tre lingue ufficiali della Svizzera (tedesco, francese e italiano).

☐ Sì

☐ No

Osservazioni:

4. Reperibilità

Il fornitore di prestazioni mette a disposizione un recapito per le emergenze (telefono, e-mail). Il cliente riceve una risposta entro 24 ore nei giorni lavorativi.

☐ Sì

☐ No

Osservazioni:

5. Infrastruttura del luogo di lavoro

Per garantire un trattamento adeguato delle persone assicurate, i locali commerciali soddisfano i seguenti requisiti minimi in termini di attrezzature e infrastrutture:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Sono garantite pulizia, igiene e condizioni di illuminazione adeguate. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ È disponibile acqua corrente. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ L'ingresso dell'istituto è chiaramente visibile dall'esterno e i dati degli interlocutori (telefono e/o e-mail) sono affissi sulla porta di ingresso. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ Nell'area riservata ai clienti è presente una reception / sala di attesa con posti a sedere. È disponibile una toilette per i clienti. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ La privacy del cliente viene tutelata con apposite misure. Gli spazi riservati a trattamenti, laboratorio e uffici sono separati. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ I lavori durante i quali si sprigionano polvere, vapori e odori vengono eseguiti in locali ventilati. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ Viene data particolare attenzione alla sicurezza dei clienti e del personale. Gli strumenti di lavoro sono sottoposti a regolare controllo e manutenzione. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ▪ I documenti dei pazienti non sono accessibili a persone non autorizzate (art. 5 della convenzione tariffale «Protezione dei dati»). | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Si prega di allegare alla presente autodichiarazione il piano originale dei locali commerciali, in scala 1:50, con indicazione precisa dei locali e un'adeguata documentazione fotografica.

6. Fornitori di prestazioni provenienti dall'estero

Apponendo la propria firma in calce al presente documento, il fornitore di prestazioni conferma di conoscere e rispettare le disposizioni che disciplinano l'autorizzazione per l'esercizio del commercio ambulante.

7. Autodichiarazioni

Si prega di allegare alla presente autodichiarazione una copia del giustificativo di un'assicurazione di responsabilità civile aziendale e l'estratto aggiornato del registro delle esecuzioni o documenti esteri equivalenti.

Con la mia firma confermo l'esattezza delle informazioni di cui sopra:

Luogo / Data: _____

Nome e cognome: _____ Firma: _____

(Titolare / membro della direzione)

L'autodichiarazione, unitamente ai documenti richiesti, deve essere inviata a:

Segreteria CPF, protesi oculari AINF / AM / AI
c/o Servizio centrale delle tariffe mediche LAINF
Casella postale 4358
6002 Lucerna

Per i costi amministrativi derivanti dal processo di verifica per le domande di adesione, dall'1.1.2024 sarà richiesta una tassa di elaborazione di CHF 350.00 per ogni domanda. Si prega di eseguire il pagamento a favore della segreteria della CPF Protesi oculari AINF / AM / AI. Non appena la segreteria CPF riceverà il contributo, la domanda sarà verificata.

Conto / CHF 350.00 da pagare a:

CH23 0900 0000 6000 0700 6
Suva
6004 Lucerna

Nota:

Numero d'ordine: 500087

«Tassa di elaborazione per il processo di verifica delle domande di adesione, protesi oculari AINF/AM/AI»