

Registre des codes-créanciers

Formulaire de demande pour l'obtention d'un numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC)

Lors de la constitution d'une personne morale (SA, Sàrl etc.), il convient de demander un numéro RCC en qualité de l'institution au moyen du présent formulaire. Pour les médecins-dentistes qui travaillent dans l'institution, veuillez utiliser le formulaire de demande «Entrées et départs des médecins-dentistes salariés avec n° C», que vous trouverez sous www.sasis.ch/fr/593. Vous pouvez aussi répondre directement aux questions à la p. 3 du présent formulaire. Les personnes physiques exerçant à titre indépendant doivent demander un numéro RCC au moyen du formulaire figurant sous www.sasis.ch/fr/582.

(Le genre masculin s'applique par analogie aux personnes de sexe féminin)

Données de base	
Canton d'implantation de l'institution	
GLN (Global Location Number)	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Nom du cabinet / de l'établissement	
Raison sociale d'après le registre du commerce	
Forme juridique (l'institution ne doit pas être une société simple)	<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Sàrl <input type="checkbox"/> coopérative <input type="checkbox"/> association <input type="checkbox"/> fondation <input type="checkbox"/> institution de droit public <input type="checkbox"/> société en nom collectif <input type="checkbox"/> société en commandite simple <input type="checkbox"/> autre:
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
Adresse de l'institution / de l'établissement	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Téléphone du cabinet	
Téléphone portable	
Télécopie du cabinet	
Site Internet	
Adresse e-mail du cabinet	
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'institution, procuration obligatoire)	
Société	
Titre de civilité	
Nom	
Prénom	

Registre des codes-créanciers

Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	
Téléphone	
Téléphone portable	
Adresse e-mail	
Opérations de paiement (les champs relatifs au titulaire du compte doivent obligatoirement être complétés)	
Facturation via des tiers (office d'encaissement)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Caisse des médecins <input type="checkbox"/> swisscom health SA <input type="checkbox"/> Caisse des médecins-dentiste <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> autre facturation, joindre un bulletin de versement
Titulaire du compte: nom	
Titulaire du compte: nom supplémentaire	
Titulaire du compte: rue	
Titulaire du compte: case postale	
Titulaire du compte: NPA / lieu	
Type de compte	<input type="checkbox"/> compte postal <input type="checkbox"/> compte bancaire
Numéro de clearing	
Numéro de compte	
IBAN (21 chiffres)	
Nom de la banque	
En cas de facturation électronique via un numéro BVR	n° BVR (9 chiffres) 0 1 _ _ _ _ _ joindre un bulletin de versement
Statut	
Date d'ouverture de l'institution	(jour / mois / année)
Veuillez noter que la date d'ouverture ne peut précéder la date de validité de l'autorisation cantonale de pratiquer ou de l'autorisation de pratiquer à la charge de l'AOS. Les assureurs peuvent refuser les prestations fournies avant cette date.	
Médecins-dentistes travaillant dans l'institution	
IMPORTANT: Les médecins-dentistes travaillant dans l'institution en tant qu'employés se attribuer un numéro C. L'attribution d'un tel numéro entraîne la suspension d'un éventuel numéro RCC personnel préexistant. Si un médecin-dentistes travaille uniquement à temps partiel dans l'institution et souhaite conserver son numéro RCC pour cette raison, il convient de nous adresser une justification écrite du médecin-dentiste .	

Registre des codes-créanciers

Médecins-dentistes travaillant dans l'institution	
<input type="checkbox"/> médecin-dentiste responsable <input type="checkbox"/> médecin-dentiste non responsable	Au moins un médecin-dentiste salarié dans l'institution doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
Nom	
Prénom	
GLN du médecin-dentiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Travaille dans l'institution depuis:	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° RCC
Autres médecins-dentistes travaillant dans l'institution	
<input type="checkbox"/> médecin-dentiste responsable <input type="checkbox"/> médecin-dentiste non responsable	Au moins un médecin-dentiste salarié dans l'institution doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
Nom	
Prénom	
GLN du médecin-dentiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Travaille dans l'institution depuis:	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° RCC
Autres médecins-dentistes travaillant dans l'institution	
<input type="checkbox"/> médecin-dentiste responsable <input type="checkbox"/> médecin-dentiste non responsable	Au moins un médecin-dentiste salarié dans l'institution doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> med. dent.
Nom	
Prénom	
GLN du médecin-dentiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)

Registre des codes-créanciers

Travaille dans l'institution depuis:	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C
Numéro RCC	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° RCC
Si d'autres médecins-dentistes travaillent dans l'institution, veuillez copier et remplir la p. 3.	
Documents à transmettre (pour plus de détails, voir la notice informative)	
Documents requis pour l'institution	
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale d'exploitation ou confirmation du canton indiquant que le droit cantonal ne prévoit pas d'autorisation d'exploitation pour les institutions au sens de l'art. 36a LAMal.	
Documents requis pour chaque médecin-dentiste	
<input type="checkbox"/> autorisation de pratiquer	
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale de pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) donnant au médecin le droit d'exercer, pour autant que, celui-ci soit, selon le droit cantonal, soumis-à la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'art. 55a LAMal	
<input type="checkbox"/> diplôme (pour les diplômes étrangers, reconnaissance d'équivalence établie par la MEBEKO)	
<input type="checkbox"/> attestation actuelle de la SSO « Formation postgraduée selon LAMal » et déclaration d'adhésion à la convention tarifaire	

Registre des codes-créanciers

Déclaration

Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus. En communiquant son adresse e-mail, le demandeur donne son accord pour que soient transmis les documents RCC et toute autre correspondance écrite au moyen de cette adresse.

Il s'engage à signaler sans délai tout changement à l'aide du formulaire de mutation officiel, afin de permettre la vérification des conditions d'admission. Le demandeur est en droit d'exiger à tout instant un relevé actuel des données.

Le fournisseur de prestations confirme avoir pris connaissance des conditions générales du registre des codes-créanciers actuellement en vigueur (CG RCC) et prend note que le numéro RCC ou le numéro C sont attribués sur la base des informations contenues dans le présent formulaire. Toute information fautive ou incomplète ainsi que la non-communication des mutations peuvent générer des problèmes de paiement pour les prestations fournies. Toute responsabilité en lien avec l'attribution ou la non-attribution d'un numéro RCC ou d'un numéro C est expressément exclue.

Le numéro RCC ou le numéro C sont attribués pour une durée de cinq ans; ils peuvent ensuite être reconduits

Le règlement sur les taxes et le règlement de traitement RCC actuellement en vigueur s'appliquent. Ces deux documents peuvent être consultés sur le site Web de SASIS SA www.sasis.ch/fr/634, sous la rubrique «Bases juridiques».

Lieu et date

Signature

Prénom nom

Le formulaire de demande et les documents sont à envoyer à:

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