

## 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 d'organisation au moyen du présent formulaire. Pour les logopédistes qui travaillent dans l'organisation, veuillez utiliser le formulaire de demande «Entrée et départ d'un numéro de contrôle (n° C)», que vous trouverez sous [www.sasis.ch/fr/933](http://www.sasis.ch/fr/933). Vous pouvez aussi répondre directement aux questions à la p. 3 du présent formulaire. Les personnes physiques exerçant une activité lucrative indépendant doivent demander un n° RCC au moyen du formulaire figurant sous [www.sasis.ch/fr/574](http://www.sasis.ch/fr/574).

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

Données de base	
Canton d'implantation de l'organisation	
GLN (Global Location Number)	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Nom de l'organisation de logopédistes	
Raison sociale d'après le registre du commerce	
Forme juridique (l'organisation 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'organisation / 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 d'un tiers (procuration obligatoire)	
Société	
Titre de civilité	
Nom	

**Registre des codes-créanciers**

Prénom	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	
Téléphone	
Téléphone portable	
Adresse e-mail	
<b>Opérations de paiement (les champs relatifs au titulaire du compte doivent obligatoirement être complétés)</b>	
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, <b>joindre un bulletin de versement</b>
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 _ _ _ _ _ <b>joindre un bulletin de versement</b>
<b>Statut</b>	
Date d'ouverture de l'organisation	(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. Les assureurs peuvent refuser les prestations fournies avant cette date.	
<b>Logopédistes travaillant dans l'organisation</b>	
<b>IMPORTANT:</b> Les logopédistes travaillant dans l'organisation 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 logopédiste travaille uniquement à temps partiel dans l'organisation et souhaite conserver son numéro RCC pour cette raison, il convient de nous adresser une <b>justification écrite du logopédiste</b> .	

**Registre des codes-créanciers**

Logopédistes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> logopédiste responsable <input type="checkbox"/> logopédiste non responsable	Au moins un logopédiste salarié dans l'organisation doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du logopédiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Travaille dans l'organisation 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 logopédistes/orthophonistes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> logopédiste responsable <input type="checkbox"/> logopédiste non responsable	Au moins un logopédiste salarié dans l'organisation doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du logopédiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Travaille dans l'organisation 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 logopédistes/orthophonistes travaillant dans l'organisation	
<input type="checkbox"/> logopédiste responsable <input type="checkbox"/> logopédiste non responsable	Au moins un logopédiste salarié dans l'organisation doit être responsable.
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Nom	
Prénom	
GLN du logopédiste	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Travaille dans l'organisation 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 logopédistes travaillent dans l'organisation, veuillez copier et remplir la p. 3.	

---

## Registre des codes-créanciers

<b>Documents à transmettre (pour plus de détails, voir la notice informative)</b>
<b>Documents requis pour l'organisation</b>
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale de pratiquer (pour autant qu'elle soit nécessaire dans le canton)
<b>Documents requis pour le logopédiste responsable</b>
<input type="checkbox"/> autorisation de pratiquer
<input type="checkbox"/> diplôme ou reconnaissance par la CDIP
<input type="checkbox"/> attestation d'activité pratique de deux ans à 100%
<input type="checkbox"/> déclaration d'adhésion à la convention tarifaire entre la Conférence des Association professionnelles suisses des logopédistes C/APSL et santésuisse, <b>ou</b>
<input type="checkbox"/> confirmation actuelle de l'adhésion à la convention tarifaire pour les membres du DLV (Suisse allemande), de l'ARLD (Romandie) ou de l'ALOSI (Tessin)
<b>Documents requis pour le logopédiste non responsable</b>
<input type="checkbox"/> diplôme ou reconnaissance par la CDIP

## Registre des codes-créanciers

### Déclaration

Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

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 fausse 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 est attribué 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](http://www.sasis.ch/fr/634), sous la rubrique «Bases juridiques».

Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à signer.

**Lieu et date**

**Signature**

---

---

**Prénom nom**

---

**Fonction**

---

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

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