

## Registre des codes-créanciers

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

Veillez utiliser le présent formulaire pour toute nouvelle ouverture d'un laboratoire ou tout changement de propriétaire. En cas de changement du chef de laboratoire responsable ainsi que d'entrée ou de départ d'un employé, il convient d'utiliser le formulaire «Entrées et départs des employés avec n° C», que vous trouverez sous [www.sasis.ch/fr/617](http://www.sasis.ch/fr/617).

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

<input type="checkbox"/> <b>nouvelle ouverture à compter du</b>	jour / mois / année)	
Veillez noter que la date de début de l'activité de le laboratoire ne peut précéder la date de validité de l'autorisation cantonale d'exploitation. Les assureurs peuvent refuser les traitements fournis avant cette date.		
<input type="checkbox"/> <b>changement de propriétaire à compter du</b>	(jour / mois / année)	numéro RCC actuel
<b>Domaine d'activité</b>		
<input type="checkbox"/> laboratoire privé		
<input type="checkbox"/> centre de don du sang		
<input type="checkbox"/> laboratoire de génétique		
<input type="checkbox"/> laboratoire de microbiologie		
<input type="checkbox"/> laboratoire de microbiologie / génétique		
<b>Données de base</b>		
Canton d'implantation du laboratoire		
GLN (Global Location Number)		
IDE (numéro d'identification des entreprises)		
Nom du laboratoire / de l'établissement		
Raison sociale d'après le registre du commerce		
Forme juridique	<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	
<b>Adresse du laboratoire / de l'établissement</b>		
Complément d'adresse		
Rue		
Case postale		
NPA / lieu		
Téléphone du cabinet		

## Registre des codes-créanciers

Téléphone portable	
Télécopie du cabinet	
Site Internet	
Adresse e-mail du cabinet	
<b>Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'institution, procuration obligatoire)</b>	
Société	
Titre de civilité	
Nom	
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>

## Registre des codes-créanciers

<b>Employé disposant d'une formation FAMH ou d'une reconnaissance d'équivalence établie par le DFI</b>	
<input type="checkbox"/> responsable (au moins une personne employée doit être responsable) <input type="checkbox"/> non responsable	
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr.
Nom	
Prénom	
GLN de l'employé	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Employé à partir du	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C
<b>Autre employé disposant d'une formation FAMH ou d'une reconnaissance d'équivalence établie par le DFI</b>	
<input type="checkbox"/> responsable (au moins une personne employée doit être responsable) <input type="checkbox"/> non responsable	
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr.
Nom	
Prénom	
GLN de l'employé	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Employé à partir du	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C
<b>Autre employé disposant d'une formation FAMH ou d'une reconnaissance d'équivalence établie par le DFI</b>	
<input type="checkbox"/> responsable (au moins une personne employée doit être responsable) <input type="checkbox"/> non responsable	
Titre de civilité	<input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr.
Nom	
Prénom	
GLN de l'employé	
Date de naissance	(jour/ mois / année)
Employé à partir du	(jour/ mois / année)
Numéro C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, n° C

## Registre des codes-créanciers

<b>Si d'autres employés disposant d'une formation FAMH ou d'une reconnaissance d'équivalence établie par le DFI travaillent dans le laboratoire, veuillez copier et remplir la p. 3.</b>	
<b>Documents à transmettre (pour plus de détails, voir la notice informative)</b>	
<b>Documents requis par le laboratoire</b>	
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale d'exploitation	
<input type="checkbox"/> autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic en cas d'analyses visant à détecter des maladies transmissibles	
<input type="checkbox"/> autorisation de l'OFSP en cas d'analyses cytogénétiques et moléculaires	
<b>Documents requis pour chaque collaborateur</b>	
<input type="checkbox"/> autorisation cantonale de pratiquer ( <b>uniquement pour les chefs de laboratoire</b> soumis à une autorisation dans le canton en question)	
<input type="checkbox"/> confirmation du titre FAMH <b>ou</b> reconnaissance d'équivalence établie par le DFI	
<b>Déclaration</b>	
<p>Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le numéro RCC est attribué pour une durée de cinq ans; ils peuvent ensuite être reconduits.</p> <p>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 <a href="http://www.sasis.ch/fr/634">www.sasis.ch/fr/634</a>, sous la rubrique «Bases juridiques».</p> <p>Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à signer.</p>	
<b>Lieu et date</b> <hr/>	<b>Signature</b> <hr/>
	<b>Prénom nom</b> <hr/>
	<b>Fonction</b> <hr/>

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

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