

## Registre des codes-créanciers

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

Veuillez utiliser le présent formulaire pour une demande de n° RCC en qualité de personne morale (SA, Sàrl etc.). Si vous souhaitez effectuer le décompte de prestations en tant qu'organisation de soins et d'aide à domicile (Spitex) dispensant des soins aigus et de transition ou ayant qualité de structure de soins de jour ou de nuit, vous avez besoin d'un numéro RCC spécifique. Vous trouverez les formulaires de demande correspondants sous [www.sasis.ch/fr/580](http://www.sasis.ch/fr/580) («Spitex SAT» ou «Spitex SSJN»).

Les personnes physiques exerçant à titre indépendant doivent demander un n° RCC au moyen du formulaire figurant sous [www.sasis.ch/fr/575](http://www.sasis.ch/fr/575). Les infirmiers employés dans une organisation Spitex sont priés d'utiliser le formulaire «Entrée et départ d'un numéro de contrôle (n° C)», disponible sous [www.sasis.ch/fr/809](http://www.sasis.ch/fr/809).

(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 l'établissement	
Raison sociale d'après le registre du commerce	
Forme	<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
Infirmier diplômé responsable (avec autorisation cantonale de pratiquer valable)	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	(jour / mois / année)
GLN (Global Location Number)	
Adresse de l'organisation / de l'établissement	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Téléphone	
Téléphone portable	
Télécopie	
Site Web	

## Registre des codes-créanciers

Adresse e-mail	
<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>
<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 d'exploitation. Les assureurs peuvent refuser les prestations fournies avant cette date.	

## Registre des codes-créanciers

### Infirmiers employés avec formation complémentaire «évaluation des besoins en soins psychiatriques», «conseil en diabétologie» et/ou «conseil en allaitement»

Veuillez cocher la case correspondante:

- Vous employez des infirmiers ayant une formation complémentaire en évaluation des besoins en soins psychiatriques, en conseil en diabétologie et/ou en conseil en allaitement**  
Veuillez remplir le formulaire «Entrée et départ d'un numéro de contrôle (n° C)» pour infirmiers employés et nous l'envoyer. Vous le trouverez sous [www.sasis.ch/fr/809](http://www.sasis.ch/fr/809).
- Vous n'employez pas d'infirmiers ayant une formation complémentaire**

### Documents à transmettre (pour plus de détails, voir la notice informative)

- autorisation cantonale d'exploitation **ou** confirmation du canton indiquant que le droit cantonal ne prévoit pas d'autorisation d'exploitation

### 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 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 s'applique à une personne morale par site. Tout changement de l'entité responsable ou de site doit être immédiatement signalé au registre des codes-créanciers. Le numéro RCC est attribué pour une durée de cinq ans; il peut ensuite être reconduit.

Le Règlement sur les taxes et le Règlement de traitement RCC sont applicables. Ces deux documents ainsi que les conditions générales actuelles peuvent être consultés sur le site Web de SASIS SA [www.sasis.ch/fr/634](http://www.sasis.ch/fr/634).

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**