

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 une demande de n° RCC en qualité de personne morale (SA, Sàrl etc.) si vous souhaitez décompter des soins aigus et de transition (SAT). Pour le décompte de prestations fournies en qualité de structure de soins de jour ou de nuit (SSJN), veuillez utiliser le formulaire «Spitex SSJN» et pour les prestations ordinaires, le formulaire «Spitex». Vous trouverez ces deux formulaires sous www.sasis.ch/fr/580.

Les personnes physiques exerçant à titre indépendant doivent demander un n° RCC au moyen du formulaire figurant sous 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.

(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 du cabinet	
Téléphone portable	
Télécopie du cabinet	
Site Web	

Registre des codes-créanciers

Adresse e-mail du cabinet	
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'institution, procuration obligatoire)	
Société	
Titre de civilité	
Nom	
Prénom	
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 du SAT	(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

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

Veillez 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.
- 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 pour l'organisation

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.

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