

Registre des codes-créanciers

Formulaire de mutation

Veuillez utiliser le présent formulaire pour toute annonce de mutation de votre n° RCC en tant que personne physique exerçant une activité lucrative indépendante. Le formulaire de mutation relatif aux organisations (personnes morales ou sociétés de personnes) est aussi disponible sous www.sasis.ch/fr/773. Vous trouverez le formulaire destiné aux annonces d'entrée et de sortie de vos employés à l'adresse www.sasis.ch/de780.

Type de mutation	
<input type="checkbox"/> Changement de nom	Valable à compter du: Joindre impérativement une copie d'une pièce d'identité officielle (p. ex carte d'identité).
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	Valable à compter du:
<input type="checkbox"/> Changement de compte	Valable à compter du:
<input type="checkbox"/> Annulation du n° RCC	Fin de l'activité indépendante au: Veuillez noter qu'à compter de la date sélectionnée, les assureurs-maladie ne pourront plus rembourser de factures en utilisant ce numéro RCC (la date du traitement fait foi). Par ailleurs, les pharmacies ne sont pas autorisées à délivrer des médicaments sur ordonnance lorsque le numéro RCC est suspendu. Une réactivation ultérieure gratuite du numéro RCC est possible à tout moment dès lors que les conditions légales sont toujours remplies.
Données de base	
N° RCC	
GLN (Global Location Number) Veuillez indiquer votre GLN personnel.	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. <input type="checkbox"/> Med. pract. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent.
Nom	
Prénom	
Nom du cabinet	
Date de naissance	(jour / mois / année)
Forme juridique	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Autre:
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien

Registre des codes-créanciers

Adresse du cabinet / du lieu d'implantation	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Téléphone du cabinet	
Téléphone mobile	
Téléfax du cabinet	
Site Web	
E-mail du cabinet	
Adresse privée	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	
Téléphone privé	
Téléphone mobile privé	
E-Mail privé	
Adresse de correspondance: <input type="checkbox"/> Adresse du cabinet <input type="checkbox"/> Adresse privée <input type="checkbox"/> Adresse de correspondance d'un tiers (données ci-dessous)	
Adresse de correspondance d'un tiers	
Société	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	

Registre des codes-créanciers

Téléphone	
Téléphone mobile	
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 AG <input type="checkbox"/> Caisse des médecins-dentistes <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC <input type="checkbox"/> autres, joindre une attestation bancaire des coordonnées de paiement
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) A ne pas confondre avec le QR-IBAN	
Nom de la banque	
En cas de facturation électronique via un numéro BVR	Virement au moyen du numéro de référence <input type="checkbox"/> souhaité <input type="checkbox"/> non souhaité

Registre des codes-créanciers

Déclaration

Pour des raisons de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée.

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

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 est modifié 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.

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.

Lieu et date

Signature

Prénom nom

Le formulaire de mutation est à envoyer à:

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