

Registre des codes-créanciers

Formulaire de demande pour l'obtention d'un numéro au registre des codes-créanciers (numéro RCC)

Ergothérapeutes

Un numéro RCC personnel ne pourra vous être attribué en votre qualité d'ergothérapeute au sens de l'art. 48 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie) que si vous exercez votre activité professionnelle de manière indépendante ou en tant qu'associé(e) dans une société de personnes. Si vous exercez en tant qu'ergothérapeute salarié-e, vous trouverez toutes les informations vous concernant ainsi que les formulaires de demande correspondants sur les sites Internet ci-après:

- Informations pour l'organisation: www.sasis.ch/fr/1022
- Informations pour les ergothérapeutes employés: www.sasis.ch/fr/1046

Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC / C peuvent être consultées dans la notice informative ci-après: www.sasis.ch/fr/1012.

Données de base	
Canton sur le territoire duquel sont fournies les prestations	
GLN (Global Location Number)	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
Nom du cabinet	
Date de naissance	(jour / mois / année)
Forme juridique	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Société en nom collectif <input type="checkbox"/> Société en commandite <input type="checkbox"/> Société simple
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Adresse du cabinet / du site	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / localité	
Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Numéro de télécopie	
Site Internet	
Adresse mail	

Registre des codes-créanciers

Adresse personnelle	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / localité	
Pays	
Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Adresse mail	
Adresse de correspondance: <input type="checkbox"/> Adresse du cabinet <input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse de correspondance tierce (détails ci-dessous)	
Adresse de correspondance tierce	
Société	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / localité	
Pays	
Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Adresse mail	
Coordonnées de paiement (choisissez l'une des options indiquées)	
Variante A	
Vous souhaitez facturer par l'intermédiaire de l'un des partenaires de recouvrement suivants. Veuillez cocher ce qui convient:	
Partenaire de recouvrement	<input type="checkbox"/> Caisse des médecins <input type="checkbox"/> Swisscom (Suisse) SA <input type="checkbox"/> Caisse des médecins-dentistes <input type="checkbox"/> VSA-IFAK <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC

Registre des codes-créanciers

Variante B	
Vous souhaitez facturer au moyen des coordonnées bancaires indiquées ci-après. Veuillez remplir les champs ci-dessous et joindre une attestation bancaire des coordonnées de paiement.	
Titulaire du compte: nom	
Titulaire du compte: complément de nom	
Titulaire du compte: rue	
Titulaire du compte: case postale	
Titulaire du compte: NPA / localité	
Type de compte	<input type="checkbox"/> Compte postal <input type="checkbox"/> Compte bancaire
Numéro de clearing	
Numéro de compte	
IBAN (21 caractères) Attention à ne pas confondre avec le QR-IBAN!	
Nom de la banque	
Variantes A et B:	
Veuillez préciser si le virement doit être effectué au moyen d'un numéro de référence.	
Virement au moyen du numéro de référence	<input type="checkbox"/> Souhaité <input type="checkbox"/> Non souhaité
Statut	
Date d'ouverture du cabinet	(jour / mois / année)
Veuillez spécifier la date de début de validité du numéro RCC en fonction des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Date à partir de laquelle il est prévu de facturer des prestations à la charge des assureurs-maladie • Toutes les conditions d'admission mentionnées dans la notice informative doivent impérativement être satisfaites à cette date. Nota bene: la prise en charge des éventuels traitements fournis avant cette date pourra être refusée par les assureurs.	
Relations avec d'autres numéros	
Numéro RCC personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro RCC
Numéro C personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro C
Documents à fournir	
<input type="checkbox"/> Autorisation cantonale d'exercer en tant qu'ergothérapeute <input type="checkbox"/> Admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) en tant qu'ergothérapeute conformément à l'art. 48 de l'OAMal ou confirmation cantonale du «maintien des droits acquis selon l'al. 2 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAMal du 19 juin 2020»	

Registre des codes-créanciers

Déclaration

Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées précédemment.

Il s'engage à signaler sans délai tout changement relatif auxdites informations à l'aide du formulaire de mutation officiel afin que les conditions d'admission puissent être vérifiées. Il est en droit d'exiger à tout moment un relevé actuel des données fournies.

Le fournisseur de prestations confirme avoir pris connaissance des conditions générales actuelles régissant le registre des codes-créanciers (CG RCC) et prend note que le numéro RCC / le numéro C est attribué sur la base des indications figurant 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 / d'un numéro C est expressément exclue.

Le numéro RCC est octroyé pour une durée de cinq ans avec possibilité de reconduction.

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 Internet de SASIS SA à l'adresse ci-après: www.sasis.ch/fr/634.

Lieu et date

Signature

Prénom / Nom

Le formulaire de demande et les autres documents requis sont à transmettre à:

SASIS AG, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, Postfach, 6002 Luzern