

## Registre des codes-créanciers

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

### Centres de remise de moyens et d'appareils

Les numéros RCC sont attribués au centre de remise de moyens et d'appareils au sens de l'art. 55 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie) en tant qu'entité juridique pour chaque site sur lequel il fournit ses prestations. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC / C peuvent être consultées dans la notice informative.

Données de base	
Canton sur le territoire duquel sont fournies les prestations	
GLN (Global Location Number) Veuillez mentionner le GLN du site concerné	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Nom du site	
Raison sociale telle que figurant au registre du commerce	
Forme juridique	<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SARL <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 <input type="checkbox"/> Autre:
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Adresse du centre / 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 de correspondance (si différente de l'adresse du centre / site)	
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"/> NOVENTI Service AG <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC
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!	

## Registre des codes-créanciers

Nom de la banque	
<b>Variante A et B:</b> Veuillez préciser si le virement doit être effectué au moyen d'un numéro de référence.	
Virement au moyen du numéro de référence	Virement au moyen du numéro de référence <input type="checkbox"/> Souhaité <input type="checkbox"/> Non souhaité
<b>Statut</b>	
Date d'ouverture du centre de remise de moyens et d'appareils	(jour / mois / année)
<p>Veuillez spécifier la date de début de validité du numéro RCC en fonction des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date à partir de laquelle il est prévu de facturer des prestations à la charge des assureurs-maladie</li> <li>• Toutes les conditions d'admission mentionnées dans la notice informative doivent impérativement être satisfaites à cette date.</li> </ul> <p>Nota bene: la prise en charge des éventuels traitements fournis avant cette date pourra être refusée par les assureurs.</p>	
<b>Documents à fournir</b>	
<input type="checkbox"/> Autorisation cantonale d'exploiter en tant que centre de remise de moyens et d'appareils <b>ou</b> confirmation du canton selon laquelle la législation cantonale n'impose aucune délivrance d'une autorisation d'exploiter pour les centres de remise de moyens et d'appareils <input type="checkbox"/> Admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) en tant que centre de remise de moyens et d'appareils conformément à l'art. 55 de l'OAMal <b>ou</b> 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» <input type="checkbox"/> Attestation bancaire	

**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 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 / d'un numéro C est expressément exclue.

Les numéros RCC sont attribués à une entité juridique pour chaque site sur lequel elle fournit ses prestations. Tout changement de site ou de statut devra être immédiatement signalé au registre des codes-créanciers. 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 Web de SASIS SA [www.sasis.ch/fr/bases-juridiques-rcc](http://www.sasis.ch/fr/bases-juridiques-rcc).

Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à cette fin.

**Lieu et date****Signature**

---

---

**Prénom / Nom**

---

**Fonction**

---

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

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