

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

Infirmiers

Un numéro RCC personnel ne pourra vous être attribué en votre qualité d'infirmier-ère au sens de l'art. 49 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. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC peuvent être consultées dans la notice informative.

Légendes:

- a) Champ obligatoire, données sont transmises au partenaire contractuel (par ex. l'assureur)
 b) Il ne s'agit pas d'un champ obligatoire, données sont transmises au partenaire contractuel (par ex. l'assureur)
 c) Il ne s'agit pas d'un champ obligatoire, données ne sont pas transmises au partenaire contractuel (par ex. l'assureur)

Demande	
<input type="checkbox"/> Demande d'un nouveau numéro RCC	
<input type="checkbox"/> Réactivation d'un numéro RCC suspendu	Numéro RCC
Domaine d'activité	
a) Un numéro RCC séparé devra être attribué pour chaque domaine d'activité exercé:	
<input type="checkbox"/> Prestations de soins ambulatoires conformément à l'art. 7 al. 1 OPAS	
<input type="checkbox"/> Prestations de soins ambulatoires pour structures de jour ou de nuit (SSJN)	
<input type="checkbox"/> Prestations de soins aigus et de transition (SAP)	
Données de base	
a) Canton sur le territoire duquel sont fournies les prestations	
a) GLN (Global Location Number)	<small>Exemple de GLN: 7601123456789</small>
b) IDE (numéro d'identification des entreprises)	<input type="checkbox"/> pas encore d'IDE en tant qu'entreprise individuelle disponible <input type="checkbox"/> activité professionnelle indépendante et IDE personnel disponible CHE <small>Exemple d'IDE: CHE123456789</small>
a) Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
a) Nom	
a) Prénom	
b) Nom du cabinet	
a) Date de naissance	<small>Par exemple 09/12/1968</small>
a) 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
a) Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien

Adresse du cabinet / du site	
Vous ne fournissez pas de prestations à un endroit fixe, mais uniquement à l'extérieur (traitements à domicile)? <input type="checkbox"/> Oui, alors indiquez votre adresse privée comme adresse du cabinet / du site <input type="checkbox"/> Non, alors indiquez l'adresse du cabinet / du site	
b) Complément d'adresse	
a) Rue	
b) Case postale	
a) NPA / localité	
a) Numéro de téléphone principal	
b) Numéro de téléphone supplémentaire	
b) Numéro de télécopie	
b) Site Internet	
a) Adresse mail	
Adresse de correspondance pour communiquer avec SASIS SA	
b) Veuillez indiquer l'adresse souhaitée pour communiquer avec SASIS SA. Veuillez noter que l'adresse de correspondance doit être valable dès maintenant. Seule une variante peut être sélectionnée. <input type="checkbox"/> Adresse du cabinet / du site <input type="checkbox"/> Adresse personnelle (si coché, veuillez remplir les champs ci-dessous) <input type="checkbox"/> Adresse de correspondance tierce (si coché, veuillez remplir les champs ci-dessous)	
Adresse de correspondance	
c) Société	
c) Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
c) Nom	
c) Prénom	
c) Complément d'adresse	
c) Rue	
c) Case postale	
c) NPA / localité	
c) Pays	
c) Numéro de téléphone principal	
c) Numéro de téléphone supplémentaire	
c) Adresse mail	

Registre des codes-créanciers

Coordonnées de paiement	
Sélectionnez la variante A ou B et remplissez les champs obligatoires correspondants. Si vous sélectionnez la variante A, vous n'avez pas besoin de remplir la variante B.	
Variante A	
Si vous souhaitez facturer par l'intermédiaire de l'un des partenaires de recouvrement suivants, veuillez cocher ce qui convient.	
a) 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 (à remplir uniquement si la variante A n'a pas été sélectionnée)	
Si vous souhaitez facturer par l'intermédiaire d'une relation bancaire, veuillez remplir les champs obligatoires ci-dessous et joindre une attestation bancaire (par ex. modèle de bulletin de versement) avec les coordonnées de paiement. Veuillez prendre en compte ce qui suit:	
<ul style="list-style-type: none"> • Il ne doit pas s'agir d'un numéro QR-IBAN. • Seule une relation bancaire est possible par numéro RCC, et non plusieurs. • Le numéro IBAN doit correspondre à un compte bancaire en Suisse. 	
a) Titulaire du compte: nom	
a) Titulaire du compte: rue	
b) Titulaire du compte: case postale	
a) Titulaire du compte: NPA / localité	
a) IBAN (21 caractères)	<small>Par exemple CH44 0700 0800 1234 1000 4</small>
Date de début de validité du numéro RCC	
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 fournir des prestations à la charge des assureurs-maladie • Toutes les conditions d'admission mentionnées dans la notice informative doivent impérativement être remplies à cette date. • La date de début de validité ne doit pas se situer dans plus de six mois. 	
Veuillez noter que la prise en charge des éventuelles prestations fournies avant cette date pourra être refusée par les assureurs.	
a) Date de début de validité du numéro RCC	<small>Par exemple le 01/01/2024</small>
Relations avec d'autres numéros	
b) Numéro RCC personnel déjà attribué	Numéro(s) RCC:
b) Numéro C personnel déjà attribué	Numéro C:

Documents à fournir

- Copie de l'autorisation cantonale (détaillée) de pratiquer en tant qu'infirmier-ère
- Copie de l'admission cantonale (détaillée) à pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) en tant qu'infirmier-ère conformément à l'art. 49 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 19.06.2020»
- Attestation bancaire avec les coordonnées de paiement (si la variante B a été sélectionnée pour les coordonnées de paiement)
- Le cas échéant: copie du certificat de formation complémentaire pour le conseil en allaitement, confirmation de la formation complémentaire en diabétologie, confirmation de la qualification à évaluer les soins requis en psychiatrie émis par le Secrétariat pour le contrôle et la confirmation de l'autorisation BEPSY de santésuisse

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.

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 sont publiés sur le site Web de SASIS SA www.sasis.ch/fr/bases-juridiques-rcc.

Lieu et date	
Prénom / Nom	
Signature	

Veuillez nous transmettre votre demande uniquement lorsque tous les documents sont disponibles et que tous les champs obligatoires sont remplis.

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

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