

Registre des codes-créanciers

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

Organisations de soins et d'aide à domicile

Les numéros RCC sont attribués aux organisations de soins et d'aide à domicile, au sens de l'art. 51 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie), en tant qu'entité juridique (personne morale) pour chaque site sur lequel elle fournit ses prestations. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC / C peuvent être consultées dans la notice informative.

Domaine d'activité	
Un numéro RCC séparé devra être attribué pour chaque domaine d'activité exercé:	
<input type="checkbox"/> Prestations de soins générales conformément à l'art. 7 al. 1 OPAS <input type="checkbox"/> Prestations de soins pour structures de jour ou de nuit (SSJN) <input type="checkbox"/> Prestations de soins aigus et de transition (SAP)	
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 service d'aide et de soins à domicile / nom du site	
Raison sociale telle que figurant au registre du commerce	
Forme juridique (l'organisation ne peut pas être une entreprise individuelle)	<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
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Adresse 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 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	
Variante 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	Virement au moyen du numéro de référence <input type="checkbox"/> Souhaité <input type="checkbox"/> Non souhaité
Statut	
Date de création de l'organisation	(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.	
Infirmier·ères·s·employé·e·s	
Au moins un·e infirmier·ère employé·e doit exercer la profession médicale sous propre responsabilité professionnelle en conformité avec la loi sur les professions médicales (LPMéd), et satisfaire dès lors aux critères de l'art. 49 let. a et b OAMal	
<input type="checkbox"/> avec fonctions dirigeantes, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal (une personne doit exercer des fonctions dirigeantes) <input type="checkbox"/> employé·e, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal <input type="checkbox"/> employé·e, avec formation complémentaire , qui ne satisfait pas aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
GLN de la personne employée	
Date de naissance	(jour / mois / année)
Employé·e par l'organisation depuis	(jour / mois / année)
Numéro C personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro C
Numéro RCC personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro RCC
<input type="checkbox"/> avec fonctions dirigeantes, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal (une personne doit exercer des fonctions dirigeantes) <input type="checkbox"/> employé·e, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal <input type="checkbox"/> employé·e, avec formation complémentaire , qui ne satisfait pas aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
GLN de la personne employée	

Registre des codes-créanciers

Date de naissance	(jour / mois / année)
Employé-e par l'organisation depuis	(jour / mois / année)
Numéro C personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro C
Numéro RCC personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, numéro RCC
<input type="checkbox"/> avec fonctions dirigeantes, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal (une personne doit exercer des fonctions dirigeantes) <input type="checkbox"/> employé-e, satisfait aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal <input type="checkbox"/> employé-e, avec formation complémentaire , qui ne satisfait pas aux critères définis à l'art. 49 let. a et b OAMal	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
GLN de la personne employée	
Date de naissance	(jour / mois / année)
Employé-e par l'organisation depuis	(jour / mois / année)
Numéro C personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, n° C
Numéro RCC personnel déjà attribué	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, n° RCC
Documents à fournir concernant l'organisation	
<input type="checkbox"/> Autorisation cantonale d'exploiter en tant qu'organisation de soins et d'aide à domicile ou confirmation du canton selon laquelle la législation cantonale n'impose aucune délivrance d'une autorisation d'exploiter pour les organisations de soins et d'aide à domicile <input type="checkbox"/> Admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) en tant qu'organisation de soins et d'aide à domicile conformément à l'art. 51 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» <input type="checkbox"/> Attestation bancaire	
Documents à fournir pour les employé-e-s (qui satisfont aux critères de l'art. 49 let. a et b OAMal)	
<input type="checkbox"/> Autorisation cantonale d'exercer en tant qu'infirmier-ère <input type="checkbox"/> Confirmation cantonale attestant que les critères de l'art. 49 let. a et b OAMal sont satisfaits 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» <input type="checkbox"/> Le cas échéant: 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	
Documents à fournir pour les employé-e-s (qui ne satisfont pas aux critères de l'art. 49 let. a et b OAMal)	
<input type="checkbox"/> Attestations de formation conformément à la notice informative <input type="checkbox"/> Impérativement avec un certificat de formation complémentaire pour le conseil en allaitement, une confirmation de la formation complémentaire en diabétologie, une 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.

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.

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