

Antragsformular für die Erteilung der Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) **Organisationen der Logopädie**

ZSR-Nummern für Organisationen der Logopädie nach Art. 52b KVV (Verordnung über die Krankenversicherung), werden einem Rechtsträger (juristische Person) pro Standort erteilt, an welchem Leistungen erbracht werden. Angestellte Personen erhalten eine K-Nummer. Die Bedingungen und Erläuterungen im Zusammenhang mit der ZSR- und K-Nummernerteilung entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

| Basisdaten | |
|--|---|
| Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden | |
| GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf. | |
| UID (Unternehmens-IdentifikationsNr.) | |
| Standortname | |
| Firma gemäss Handelsregister | |
| Rechtsform (die Organisation muss eine juristische Person sein) | <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> öffentlich rechtliche Institution |
| Korrespondenzsprache | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch |
| Standortadresse | |
| Adresszusatz | |
| Strasse | |
| Postfach | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon Hauptnummer | |
| Telefon Zusatznummer | |
| Fax | |
| Website | |
| E-Mail | |
| Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht) | |
| Firma | |
| Anrede | |
| Name | |
| Vorname | |
| Adresszusatz | |
| Strasse | |

Zahlstellenregister

| | |
|---|--|
| Postfach | |
| PLZ / Ort | |
| Land | |
| Telefon Hauptnummer | |
| Telefon Zusatznummer | |
| E-Mail | |
| Zahlungsverbindung (wählen Sie eine der aufgeführten Varianten) | |
| Variante A | |
| Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an: | |
| Inkassopartner | <input type="checkbox"/> Ärztekasse <input type="checkbox"/> Swisscom (Schweiz) AG <input type="checkbox"/> Zahnärztekasse <input type="checkbox"/> NOVENTI Service AG <input type="checkbox"/> IFAK-DATA <input type="checkbox"/> OFAC |
| Variante B | |
| Sie wünschen die Abrechnung über folgende Kontoverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Felder auszufüllen und eine Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung beizulegen. | |
| Kontoinhaber: Name | |
| Kontoinhaber: Zusatzname | |
| Kontoinhaber: Strasse | |
| Kontoinhaber: Postfach | |
| Kontoinhaber: PLZ / Ort | |
| Kontoart | <input type="checkbox"/> PC-Konto <input type="checkbox"/> Bankkonto |
| Clearing-Nummer | |
| Konto-Nummer | |
| IBAN (21-stellig) Nicht zu verwechseln mit der QR-IBAN | |
| Name der Bank | |
| Variante A und B: | |
| Bitte geben Sie uns an, ob die Überweisung mittels Referenznummer zu erfolgen hat. | |
| Überweisung mittels Referenznummer | <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |

| Status | |
|---|---|
| Eröffnung der Organisation | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bitte wählen Sie den Beginn der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer abzurechnen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein. Beachten Sie, dass allfällige Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können. | |
| Angestellte Logopäden oder Logopädinnen, welche ihren Beruf gemäss Gesundheitsberufegesetz (GesBG) in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und die Kriterien gemäss Art. 50 lit. a, b und c KVV erfüllen | |
| <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> angestellt | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Name | |
| Vorname | |
| GLN der angestellten Person | |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bereits erteilte persönliche K-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer |
| Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nummer |
| <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> angestellt | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Name | |
| Vorname | |
| GLN der angestellten Person | |
| Geburtsdatum | (Tag / Monat / Jahr) |
| In der Organisation tätig ab | (Tag / Monat / Jahr) |
| Bereits erteilte persönliche K-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, K-Nummer |
| Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ZSR-Nummer |

Einzureichende Dokumente der Organisation

- Kantonale Betriebsbewilligung als Organisation der Logopädie **oder** Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Organisationen der Logopädie erteilt wird
- Kantonale Zulassung als Organisation der Logopädie zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 52b KVV tätig sein zu dürfen **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020»
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung

Einzureichende Dokumente der Angestellten

- Kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Logopäde oder Logopädin
- Kantonale Bestätigung, dass die Kriterien gemäss Art. 50 lit. a, b und c KVV erfüllt sind **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020»

Erklärung

Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obenstehenden Angaben richtig sind. Er verpflichtet sich, sämtliche Änderungen mit dem aktuellen offiziellen Mutationsformular umgehend zu melden, damit eine Nachprüfung der Zulassungsbestimmungen erfolgen kann. Er hat das Recht, jederzeit einen aktuellen Datenauszug zu verlangen.

Der Leistungserbringer bestätigt, von den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Zahlstellenregisters (AGB ZSR) Kenntnis genommen zu haben und beachtet, dass die ZSR- bzw. K-Nummer aufgrund der Angaben in diesem Formular erteilt wird. Falsche oder unvollständige Angaben können ebenso wie das Unterlassen von Mutationsmeldungen zu Problemen bei der Bezahlung der erbrachten Leistungen führen. Jegliche Haftung im Zusammenhang mit der Erteilung oder allfälligen Nichterteilung der ZSR- bzw. K-Nummer wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Die ZSR-Nummer gilt für einen Rechtsträger pro Standort. Trägerschafts- sowie Standortwechsel müssen umgehend dem Zahlstellenregister mitgeteilt werden. Die ZSR-Nummer wird für den Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt und kann anschliessend verlängert werden.

Es gelten die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement.

Beide Dokumente sowie die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen können auf der Website der SASIS AG www.sasis.ch/rechtliche-grundlagen-zsr eingesehen werden.

Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name

Funktion

Antragsformular und Dokumente senden an:

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