

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

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

Legende:

- a) Pflichtfeld und Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
- b) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) übermittelt
- c) Kein Pflichtfeld, Daten werden dem Vertragspartner (z. B. Versicherer) nicht übermittelt

Basisdaten	
a) Kanton, in welchem Leistungen erbracht werden	
a) GLN (Global Location Number) Bitte führen Sie die GLN ihres Standortes auf.	Bsp. GLN: 7601123456789
a) UID (Unternehmens-Identifikationsnummer)	CHE Bsp. UID: CHE123456789
a) Standortname	
a) Firma gemäss Handelsregister	
a) 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
a) Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch
Standortadresse	
b) Adresszusatz	
a) Strasse	
b) Postfach	
a) PLZ / Ort	
a) Telefon Hauptnummer	
b) Telefon Zusatznummer	
b) Fax	
b) Website	
a) E-Mail	

Korrespondenzadresse für die Kommunikation mit der SASIS AG	
Falls für die Kommunikation mit der SASIS AG eine abweichende Korrespondenzadresse als die Standortadresse gewünscht wird, können Sie die Adresse unter Korrespondenzadresse notieren. Bitte beachten Sie, dass die Korrespondenzadresse ab sofort gültig sein muss.	
Korrespondenzadresse (falls diese von der Standortadresse abweicht)	
o) Firma	
o) Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
o) Name	
o) Vorname	
o) Adresszusatz	
o) Strasse	
o) Postfach	
o) PLZ / Ort	
o) Land	
o) Telefon Hauptnummer	
o) Telefon Zusatznummer	
o) E-Mail	
Zahlungsverbindung	
Wählen Sie Variante A oder Variante B und füllen Sie die entsprechenden Pflichtfelder aus. Wenn Sie Variante A wählen, können Sie Variante B leer lassen.	
Variante A	
Sie wünschen die Abrechnung über einen der folgenden Inkassopartner. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden an.	
a) 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 (nur ausfüllen, wenn nicht Variante A gewählt wurde)	
Sie wünschen die Abrechnung über eine Zahlungsverbindung. Wir bitten Sie, untenstehende Pflichtfelder auszufüllen und eine Bankbescheinigung (z. B. Mustereinzahlungsschein) der Zahlungsverbindung beizulegen. Folgendes ist zu beachten:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es darf sich nicht um eine QR-IBAN handeln. • Pro ZSR-Nummer ist nur eine Zahlungsverbindung möglich, nicht mehrere. • Die IBAN muss zu einem Schweizer Bankkonto gehören. 	
a) Kontoinhaber: Name	
a) Kontoinhaber: Strasse	
b) Kontoinhaber: Postfach	

a) Kontoinhaber: PLZ / Ort	
a) IBAN (21-stellig)	Bsp. CH44 0700 0800 1234 1000 4
Startdatum der ZSR-Nummer	
<p>Bitte wählen Sie das Startdatum der ZSR-Nummer anhand folgender Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt, ab welchem beabsichtigt wird, Behandlungen zulasten der Krankenversicherer zu erbringen. • Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen als Organisation und als leitend angestellte Person müssen zu diesem Zeitpunkt erfüllt sein. • Das Startdatum darf nicht mehr als sechs Monate in der Zukunft liegen. <p>Beachten Sie, dass allfällige Leistungsabrechnungen für Behandlungen vor diesem Datum von den Versicherern verweigert werden können.</p>	
a) Startdatum der ZSR-Nummer	Bsp. 01.01.2024
Angestellte Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen	
<p>Angestellte Physiotherapeuten oder Physiotherapeutinnen, welche ihren Beruf gemäss Gesundheitsberufegesetz (GesBG) in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und die Kriterien gemäss Art. 47 lit. a und b KVV erfüllen.</p>	
<p>a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend</p>	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
<p>a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend</p>	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:

a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
a) <input type="checkbox"/> leitend (eine Person muss leitend sein - Ansprechperson) <input type="checkbox"/> nicht leitend	
a) Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
a) Name	
a) Vorname	
a) Persönliche GLN	Bsp. GLN: 7601123456789
a) Geburtsdatum	Bsp. 09.12.1968
a) Startdatum <small>Sämtliche im Merkblatt aufgeführten Zulassungsbedingungen müssen per diesem Datum erfüllt sein.</small>	Bsp. 01.01.2024
b) Bereits erteilte persönliche K-Nummer	K-Nummer:
b) Bereits erteilte persönliche ZSR-Nummer	ZSR-Nummer/n:
Bei weiteren in der Organisation tätigen Personen bitten wir Sie, die Seite 4 zu kopieren und auszufüllen.	

Einzureichende Dokumente der Organisation

- Kopie der (detaillierten) kantonalen Betriebsbewilligung als Organisation der Physiotherapie **oder** Bestätigung des Kantons, wonach gemäss kantonalem Recht keine Betriebsbewilligung an Organisationen der Physiotherapie erteilt wird
- Kopie der (detaillierten) Zulassung als Organisation der Physiotherapie zulasten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) gemäss Art. 52 KVV tätig sein zu dürfen **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19.06.2020»
- Bankbescheinigung der Zahlungsverbindung (falls bei Zahlungsverbindung Variante B gewählt wurde)

Einzureichende Dokumente der Angestellten

- Kopie der (detaillierten) kantonalen Bewilligung für die Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin
- Kopie der (detaillierten) kantonalen Bestätigung, dass die Kriterien gemäss Art. 47 lit. a und b KVV erfüllt sind **oder** kantonale Bestätigung einer «Besitzstandswahrung gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 19.06.2020»
- Kopie Diplom Zusatzausbildung Hippotherapie für Kinder und/oder Erwachsene (falls vorhanden)

Erklärung	
<p>Der unterzeichnende Leistungserbringer bestätigt, dass die obigen Angaben korrekt sind.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Es gelten die aktuelle Gebührenordnung und das ZSR-Bearbeitungsreglement. Beide Dokumente sowie die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind auf der Website der SASIS AG www.sasis.ch/rechtliche-grundlagen-zsr aufgeschaltet.</p> <p>Das Antragsformular muss durch eine hierfür zeichnungsberechtigte Person unterschrieben werden.</p>	
Ort und Datum	
Vorname Name	
Funktion	
Unterschrift	

Bitte senden Sie uns den Antrag erst zu, wenn alle notwendigen Dokumente vorhanden und alle Pflichtfelder ausgefüllt sind.

Antragsformular und Dokumente senden an:

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