

## Registre des codes-créanciers

### Entrée/sortie d'un numéro de contrôle (numéro C) Infirmiers employés

Les numéros C sont attribués aux personnes employées dans le cadre d'une activité salariée. Le présent formulaire devra être utilisé pour signaler l'entrée / la sortie d'un·e infirmier·ère employé·e. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros C 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)

Employeur	
a) Numéro RCC de l'employeur	
a) Nom de l'employeur	
Entrée d'un·e infirmier·ère	
Infirmier·ères·s·employé·e·s qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle en conformité avec la loi fédérale sur les professions de la santé (LPsan), et qui satisfont lors aux critères de l'art. 49 let. a et b OAMal. Ainsi que les infirmier·ère·s employé·e·s qui n'exercent pas leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle mais qui disposent d'une formation complémentaire pour le conseil en allaitement et/ou en diabétologie ou pour l'évaluation des soins requis en psychiatrie (émis par le Secrétariat pour le contrôle et la confirmation de l'autorisation BEPSY).	
a) <input type="checkbox"/> avec fonctions dirigeantes (une personne doit exercer des fonctions dirigeantes) <input type="checkbox"/> sans fonctions dirigeantes	
a) Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
a) Nom	
a) Prénom	
a) GLN personnel	Exemple de GLN: 7601123456789
a) Date de naissance	Par exemple 09/12/1968
a) Date de début de validité <small>Toutes les conditions d'admission mentionnées dans la notice informative doivent être remplies à cette date.</small>	Par exemple le 01/01/2024
b) Numéro C personnel déjà attribué	Numéro C:
b) Numéros RCC personnel déjà attribués	Numéro(s) RCC:

## Registre des codes-créanciers

Documents à fournir pour l'employé-e
<input type="checkbox"/> Copie de l'autorisation cantonale (détaillée) de pratiquer en tant qu'infirmier-ère <input type="checkbox"/> Copie de la confirmation cantonale (détaillée) attestant que les critères de l'art. 49 let. a et b OAMal sont satisfaits <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 19.6.2020» <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.

Sortie de la personne employée (si sortie, remplir les champs obligatoires)	
a) N° C	
a) Nom	
a) Prénom	
a) Date de sortie	<small>Par exemple le 18/05/2024</small>

Déclaration	
<p>L'employeur soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées précédemment et atteste avoir pris connaissance des conditions générales actuelles régissant le registre des codes-créanciers (CG RCC).</p> <p>Le numéro C est attribué sur la base des informations fournies dans le présent formulaire. Toute information fautive ou incomplète ainsi que la non-communication de mutations pourront générer des problèmes de paiement pour les prestations fournies. Toute responsabilité en lien avec l'attribution ou la non-attribution d'un numéro C est expressément exclue.</p> <p>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 santéservices sa <a href="http://www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc">www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc</a>.</p> <p>Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à cette fin.</p>	
Lieu et date	
Prénom / Nom	
Fonction	
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:  
**santéservices sa, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern**