

Registre des codes-créanciers

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

Laboratoires

Les numéros RCC sont octroyés aux laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations admis et qui font d'autres analyses que celles qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 53 et 54, al. 3, OAMal). Ils sont attribués par entité juridique et par site où les prestations sont fournies. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC / 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)

| Données de base | |
|---|--|
| a) Canton sur le territoire duquel sont fournies les prestations | |
| a) GLN (Global Location Number) Veuillez mentionner le GLN du site concerné | Exemple de GLN: 7601123456789 |
| a) IDE (numéro d'identification des entreprises) | CHE Exemple d'IDE: CHE123456789 |
| a) Nom du site | |
| a) Raison sociale telle que figurant au registre du commerce | |
| a) Forme juridique | <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 <input type="checkbox"/> Société en nom collectif <input type="checkbox"/> Société en commandite <input type="checkbox"/> Autre: |
| a) Langue de correspondance | <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien |
| Domaine d'activité spécifique | |
| b) Veuillez indiquer si vous souhaitez fournir des prestations à charge de l'AOS dans l'un des domaines mentionnés. Vous devez remettre une autorisation correspondante avec votre demande. | |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire de microbiologie | Veuillez remettre l'autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) pour la réalisation d'analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles. |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire de génétique | Veuillez remettre l'autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la réalisation d'analyses cytogénétiques et moléculaires. |
| Adresse du site | |
| b) Complément d'adresse | |
| a) Rue | |

Registre des codes-créanciers

| | |
|---|---|
| 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 santéservices sa | |
| Si, pour la communication avec la santéservices sa, une adresse de correspondance différente de l'adresse du site est souhaitée, vous pouvez noter cette adresse dans la rubrique Adresse de correspondance. Veuillez noter que l'adresse de correspondance doit être valable dès maintenant. | |
| Adresse de correspondance (si elle diffère de l'adresse du site) | |
| 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 | |
| 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 |

Registre des codes-créanciers

| | |
|--|---|
| <p>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: 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.</p> | |
| 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) | Par exemple CH44 0700 0800 1234 1000 4 |
| Date de début de validité du numéro RCC | |
| <p>Veuillez spécifier la date de début de validité du numéro RCC en fonction des critères suivants:</p> <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 satisfaites à cette date. • La date de début de validité ne doit pas se situer dans plus de six mois. <p>Veuillez noter que la prise en charge des éventuelles prestations fournies avant cette date pourra être refusée par les assureurs.</p> | |
| a) Date de début de validité du numéro RCC | Par exemple le 01/01/2024 |
| Responsables du laboratoire | |
| <p>Le ou la responsable du laboratoire est mentionné(e) comme responsable de laboratoire sur l'autorisation cantonale d'exploiter ou dans l'admission AOS du laboratoire et dispose d'un titre de formation postgraduée FAMH ou d'une reconnaissance d'équivalence délivrée par l'OFSP.</p> | |
| a) Civilité | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| b) Titre | <input type="checkbox"/> Dr |
| 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: |
| a) Civilité | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| b) Titre | <input type="checkbox"/> Dr |

Registre des codes-créanciers

| | |
|---|-------------------------------|
| 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: |
| Si d'autres responsables travaillent dans l'organisation, nous vous prions de photocopier et de remplir la page 3 et 4. | |
| Documents à fournir | |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'autorisation cantonale (détaillée) d'exploiter en tant que laboratoire ou confirmation du canton selon laquelle la législation cantonale n'impose aucune délivrance d'une autorisation d'exploiter pour les laboratoires <input type="checkbox"/> Copie de l'admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) en tant que laboratoire conformément aux art. 53 et 54 al. 3 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» <input type="checkbox"/> Autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) si des analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles sont réalisées <input type="checkbox"/> Autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) si des analyses cytogénétiques et moléculaires sont réalisées <input type="checkbox"/> Attestation bancaire avec les coordonnées de paiement (si la variante B a été sélectionnée pour les coordonnées de paiement) | |
| Documents à fournir pour les responsables du laboratoire | |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'autorisation cantonale de pratiquer (si une telle autorisation est requise dans le canton concerné) <input type="checkbox"/> Copie du titre de formation postgraduée FAMH ou reconnaissance d'équivalence établie par le l'OFSP | |

Registre des codes-créanciers

| Déclaration | |
|--|--|
| <p>Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées précédemment.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</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 www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc.</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