

## Registre des codes-créanciers

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

### Pharmacies

Les numéros RCC sont attribués à la pharmacie en tant qu'entité juridique pour chaque site sur lequel elle fournit ses prestations. Veuillez utiliser le présent formulaire pour les ouvertures de pharmacies ou les changements de propriétaire. Les conditions et modalités relatives à l'attribution des numéros RCC / C peuvent être consultées dans la notice informative.

#### Légendes:

- a) Champ obligatoire, les données sont transmises au partenaire contractuel (p.ex. assureur)
- b) Champ non obligatoire, les données sont transmises au partenaire contractuel (p.ex. assureur)
- c) Champ non obligatoire, les données ne sont pas transmises au partenaire contractuel (p.ex. assureur)

Domaine d'activité	
a) Un numéro de RCC séparé doit être octroyé pour chaque domaine d'activité: <input type="checkbox"/> <b>Pharmacie d'officine</b> <input type="checkbox"/> <b>Vente par correspondance</b>	
L'octroi d'un numéro RCC pour la vente par correspondance requiert un numéro RCC en tant que pharmacie d'officine. Si seul un numéro RCC supplémentaire est nécessaire pour la vente par correspondance, veuillez indiquer ci-après votre numéro RCC en tant que pharmacie d'officine:	
Numéro RCC	
Données de base	
a) Canton sur le territoire duquel sont fournies les prestations	
a) GLN (Global Location Number) Veuillez mentionner le GLN de la pharmacie d'officine et/ou vente par correspondance.	Exemple de GLN: 7601123456789
a) IDE (numéro d'identification des entreprises)	CHE <span style="float: right;">Exemple d'IDE:</span>
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

## Registre des codes-créanciers

Adresse du site	
b) Complément d'adresse	
a) Rue	
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	

## Registre des codes-créanciers

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.	
<b>Variante A</b> 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
<b>Variante B (à remplir uniquement si la variante A n'a pas été sélectionnée)</b> 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:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il ne doit pas s'agir d'un numéro QR-IBAN.</li> <li>• Une seule relation bancaire est possible par numéro RCC, et non plusieurs.</li> <li>• Le numéro IBAN doit correspondre à un compte bancaire en Suisse.</li> </ul>	
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)	<small>Par exemple CH44 0700 0800 1234 1000 4</small>
Date de début de validité du numéro RCC	
Veuillez spécifier la date de début de validité du numéro RCC en fonction des critères suivants:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date à partir de laquelle il est prévu de fournir des prestations à la charge des assureurs-maladie</li> <li>• Toutes les conditions d'admission mentionnées dans la notice informative doivent impérativement être satisfaites à cette date.</li> <li>• La date de début de validité ne doit pas se situer dans plus de six mois.</li> </ul>	
Veuillez noter que la prise en charge des éventuelles prestations fournies avant cette date pourra être refusée par les assureurs.	
a) Date de début de validité du numéro RCC	<small>Par exemple le 01/01/2024</small>

## Registre des codes-créanciers

Pharmacien·ne s employé·e·s	
Pharmacien·ne s employé·e·s qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité professionnelle en conformité avec la loi sur les professions médicales (LPMéd) et qui satisfont lors aux critères de l'art. 40 OAMal.	
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
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) <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
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:
<b>Si d'autres personnes travaillent dans l'organisation, nous vous prions de photocopier et de remplir la page 4.</b>	
Documents à fournir	
<input type="checkbox"/> Copie de l'autorisation cantonale d'exploiter une pharmacie <input type="checkbox"/> Si un numéro RCC est demandé pour la vente par correspondance: copie de l'autorisation cantonale de vendre des médicaments par correspondance <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 employé·e·s	
<input type="checkbox"/> Copie de l'autorisation cantonale (détaillée) de pratiquer en tant que pharmacien·ne	

## Registre des codes-créanciers

Copie de la confirmation cantonale (détaillée) attestant que les critères de l'art. 40 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 19.06.2020»

### 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 sont publiés sur le site Web de santéservices sa [www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc](http://www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc).

Le formulaire de demande doit être signé par une personne habilitée à cette fin.

<b>Lieu et date</b>	
<b>Prénom / Nom</b>	
Fonction	
<b>Signature</b>	

**Veillez 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:  
**santé services sa, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern**