

Registre des codes-créanciers

Formulaire de mutation pour les personnes physiques

Veillez utiliser le présent formulaire exclusivement pour les annonces de mutation de votre numéro RCC en tant que personne physique. Si vous disposez d'un numéro RCC en tant qu'organisation (personne morale), veuillez utiliser le «Formulaire de mutation pour les organisations».

Type de mutation	
<input type="checkbox"/> Changement de nom	Valable à compter du: Joindre impérativement une copie d'une pièce d'identité officielle (p. ex carte d'identité).
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	Valable à compter du:
<input type="checkbox"/> Changement de compte	Valable à compter du:
<input type="checkbox"/> Annulation du n° RCC	Fin de l'activité indépendante au: Veillez noter qu'à compter de la date sélectionnée, les assureurs-maladie ne pourront plus rembourser de factures en utilisant ce numéro RCC (la date du traitement fait foi). Une réactivation ultérieure gratuite du numéro RCC est possible à tout moment dès lors que les conditions légales sont toujours remplies.
Données de base	
N° RCC	
GLN (Global Location Number)	
IDE (numéro d'identification des entreprises)	
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. <input type="checkbox"/> Med. pract. <input type="checkbox"/> PD Dr. med. dent. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. dent.
Nom	
Prénom	
Nom du cabinet	
Date de naissance	(jour / mois / année)
Forme juridique	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Autre:
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien

Registre des codes-créanciers

Adresse du cabinet / du site	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Numéro de télécopie	
Site Internet	
Adresse mail	
Adresse personnelle	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	
Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Adresse mail	
Adresse de correspondance: <input type="checkbox"/> Adresse du cabinet <input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse de correspondance tierce (détails ci-dessous)	
Adresse de correspondance tierce	
Société	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Complément d'adresse	
Rue	
Case postale	
NPA / lieu	
Pays	

Registre des codes-créanciers

Numéro de téléphone principal	
Numéro de téléphone supplémentaire	
Adresse mail	
Coordonnées de paiement (choisissez l'une des options indiquées)	
Variante A Vous souhaitez facturer par l'intermédiaire de l'un des partenaires de recouvrement suivants. Veuillez cocher ce qui convient:	
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
Variante B Vous souhaitez facturer au moyen des coordonnées bancaires indiquées ci-après. Veuillez remplir les champs ci-dessous et joindre une attestation bancaire des coordonnées de paiement.	
Titulaire du compte: nom	
Titulaire du compte: nom supplémentaire	
Titulaire du compte: rue	
Titulaire du compte: Case postale	
Titulaire du compte: NPA / lieu	
Type de compte	<input type="checkbox"/> Compte postal <input type="checkbox"/> Compte bancaire
Numéro de clearing	
Numéro de compte	
IBAN (21 chiffres) A ne pas confondre avec le QR-IBAN	
Nom de la banque	
Variantes A et B: Veuillez préciser si le virement doit être effectué au moyen d'un numéro de référence.	
Virement au moyen du numéro de référence	<input type="checkbox"/> Souhaité <input type="checkbox"/> Non souhaité

Registre des codes-créanciers

Déclaration

Le fournisseur de prestations soussigné confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus

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 du registre des codes-créanciers actuellement en vigueur (CG RCC) et prend note que le numéro RCC est modifié sur la base des informations contenues 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.

Le Règlement sur les taxes et le Règlement de traitement RCC sont applicables.

Ces deux documents ainsi que les conditions générales actuelles peuvent être consultés sur le site Web de santéservices sa www.santeservices.ch/fr/applications-de-branche/registres/bases-juridiques-rcc.

Lieu et date

Signature

Prénom nom

Le formulaire de mutation est à envoyer à:

santéservices sa, Zahlstellenregister, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern