

Registre des codes-créanciers

Questionnaire pour l'attribution du numéro RCC

(La forme masculine s'applique par analogie au féminin comme suit)

Questionnaire illisible ou incomplet sera retourné!

Données de base	
Canton du lieu du cabinet	
GLN Global Location Number (ancienne dénomination EAN)	
Numéro d'identification des entreprises (IDE) si disponible	
Affiliation FMH*)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° de membre
Date de naissance (jour / mois / année)	
Nom et adresse	
Formule de politesse	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Titre	<input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. <input type="checkbox"/> méd. praticien
Nom	
Prénom	
Adresse désirée pour correspondance	<input type="checkbox"/> Adresse du cabinet <input type="checkbox"/> Adresse privée <input type="checkbox"/> Adresse de correspondance via tiers (seulement avec procuration) Si rien n'est coché, l'adresse du cabinet sera enregistrée
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
Adresse du cabinet (obligatoire pour l'attribution du numéro RCC)	
Nom complémentaire	
Rue	
Case postale	
NPA et lieu	
Téléphone	
Natel *)	
Fax	
Homepage *)	
E-Mail *)	

Registre des codes-créanciers

Formation et qualifications	
Diplôme fédéral ou diplôme étranger avec la reconnaissance de l'équivalence des diplômes copie ci-jointe	Lieu Date
Titre de médecin spécialiste fédéral ou titre de médecin spécialiste étranger avec la reconnaissance copies ci-jointes . Veuillez mentionner votre activité principale sur la première ligne afin de définir le groupe principal	Activité principale Date
	Titre Date
	Titre Date
Attestations de formation complémentaire copies ci-jointes	Titre Date
	Titre Date
Formations approfondies copies ci-jointes	Titre Date
	Titre Date
Statut	
Ouverture cabinet / Début de l'activité indépendante	(jour / mois / année)
Nous vous prions de prendre en considération, que la date du début de l'activité pratique ne peut pas être avant la date de validité de l'autorisation de pratiquer, respectivement autorisation de pratiquer à la charge de LAMal. Éventuelles prestations avant cette date peuvent être refusées par les assureurs.	
Reprise de cabinet médical	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nom du médecin
Code d'indemnisation (selon convention)	<input type="checkbox"/> tiers payant <input type="checkbox"/> tiers garant
Participation aux essais interlaboratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Orientation médicale	
Homéopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitements par dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ophthalmologie chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitements psychosomatiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gynécologie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Installation et équipement	
Auto-dispensation intégrale (Médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Auto-dispensation urgences (Médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Auto-dispensation anesthésiques (Médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Propre laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui (Attestation de formation complémentaire ci-jointe) <input type="checkbox"/> Non
Propre radiographie	<input type="checkbox"/> Oui (Médecin praticien; Attestation de formation complémentaire ci-jointe) <input type="checkbox"/> Non
Propre échographie	<input type="checkbox"/> Oui (Médecin praticien; Attestation de formation complémentaire ci-jointe) <input type="checkbox"/> Non
Propre physiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Registre des codes-créanciers

Rapport	
Activité médecin agréé ambulatoire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° RCC Hôpital
Employé à l'hôpital	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° RCC Hôpital
N° RCC de médecin dans autre canton	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° RCC
N° RCC comme autre genre de partenaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui N° RCC
Numéro de contrôle (K-Nr.) de médecins ou psychothérapeutes non médecins	
<input type="checkbox"/> Aucun employé médecins ou psychothérapeutes non médecins <input type="checkbox"/> Veuillez remplir le formulaire pour médecins employés <input type="checkbox"/> Veuillez remplir le formulaire pour psychothérapeutes non médecins	
Liste des documents nécessaires (voir aide-mémoire détaillé)	
<input type="checkbox"/> Autorisation cantonale	<input type="checkbox"/> Eventuellement attestations de formation complémentaire
<input type="checkbox"/> Diplôme fédéral ou reconnaissance	<input type="checkbox"/> Eventuellement formations approfondies
<input type="checkbox"/> Titre de médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> Confirmation convention avec la Société de médecine
Déclaration	
<p>Le fournisseur des prestations confirme l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus. Les données avec *) sont optionnelles. Le requérant confirme avec la notification de l'adresse E-Mail qu'il est d'accord pour la communication des données du numéro RCC et pour toute autre correspondance avec cette adresse E-Mail</p> <p>Il s'engage à signaler immédiatement avec le formulaire officiel de mutations toute modification majeure apportée à ce formulaire pour la vérification des conditions d'amission et l'attribution au groupe de médecin qui sont nécessaires dans le cadre de l'évaluation de l'économicité. Il a le droit de demande à tout moment un extrait des approprié données actuel.</p> <p>Le fournisseur des prestations confirme d'avoir pris connaissance des conditions général du registre des codes créanciers (CG RCC) actuelles et prend note que l'attribution du numéro RCC ou du numéro C sera faite sur la base de ce formulaire. Toute information fausse ou incomplète, ainsi que la non communication des mutations peuvent conduire aux problèmes des paiements des prestations. Toute prétention en responsabilité civile liée à l'attribution ou à la non attribution de numéros RCC ou de numéros C est explicitement exclue.</p> <p>Le règlement actuel concernant les taxes administratives perçues par le registre des codes créancier fait foi. Le numéro RCC est délivré administratif pour une période de 5 ans et peut être prolongé.</p> <p>En plus est valable le règlement concernant l'utilisation du registre des codes-créanciers du site de SASIS SA www.zahlstellenregister.ch s'applique par ailleurs.</p>	
Lieu et date	Signature

Questionnaire et documents à envoyer à:

SASIS SA, Ressort RCC, case postale 3841, 6002 Lucerne2-Université