

## SERVICE «TRANSRIB PLUS<sup>+</sup>»

### Facilitez la diffusion de vos coordonnées bancaires !

Le service « TransRib Plus<sup>+</sup> » permet la diffusion par courrier de vos informations de domiciliations bancaires et postale à tous vos organismes payeurs



Dans le cas d'un changement de RIB, d'un changement d'identifiant, d'une reprise d'établissement ou d'une création, le service « TransRIB PLUS<sup>+</sup> » permet **une large diffusion de vos coordonnées postales et bancaires au plus grand nombre d'organismes.**

En complément de la diffusion de vos coordonnées sur l'annuaire RIB-TP, le service «**TransRIB PLUS<sup>+</sup>**» vous propose **d'envoyer vos coordonnées directement par courrier** à tous les organismes auxquels vous (ou votre prédécesseur) télétransmettez les factures électroniques.

### La solution « TransRIB PLUS<sup>+</sup> »

- Résopharma effectue pour vous l'analyse de vos télétransmissions sur les 6 derniers mois.
- Résopharma liste l'ensemble des organismes auxquels vous (ou votre prédécesseur) télétransmettez les factures électroniques.
- Résopharma constitue des lettres types à l'adresse de chaque organisme\* avec vos informations de domiciliation bancaires et postales.
- Résopharma imprime, met sous pli et envoie à votre place l'ensemble des lettres types constituées à chaque organisme\*.

- Le coût de la solution TransRIB PLUS<sup>+</sup> dépend du nombre de lettres à envoyer.

**21,00€**  
/HT

+0,95 € HT  
par lettre

Vous trouverez au verso le formulaire de souscription à « Transrib Plus<sup>+</sup> » ►

\* Note : Seuls les organismes dont Résopharma possède l'adresse pourront faire l'objet d'une constitution de lettre et d'un envoi.

Je soussigné(e),

N° d'identification CPAM :

N° SIRET :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Email Administratif (Obligatoire) : .....@.....

Téléphone (Obligatoire) : .....

Représentée par (Obligatoire) : .....

### 1 RAISON DE LA DIFFUSION : (Cochez l'une des cases)

**Changement de Domiciliation Bancaire (RIB)**

Si besoin, indiquez une date d'effet du RIB : ...../...../.....

*(Pensez à nous retourner ou à nous demander une autorisation de prélèvement si ce changement de RIB s'applique aussi au paiement de vos factures Résopharma)*

**Changement d'Identification CPAM**

Mon ancien identifiant n° : ..... servira de base à l'identification des organismes d'assurance maladie.

La date effective du nouvel identifiant est prévue le : ...../...../.....

**Installation suite à reprise d'un établissement ou nouvelle création**

Si prédécesseur inscrit à Résopharma :

L'identifiant n° : ..... de mon prédécesseur servira de base à l'identification des organismes d'assurance maladie.

La date d'installation est prévue le : ...../...../.....

**Changement d'adresse postale**

### 2 AUTORISATION DE DIFFUSION DE VOTRE ADRESSE EMAIL :

*(Par défaut votre adresse email n'est pas diffusée aux organismes. Cochez la case si vous autorisez la diffusion de votre email aux organismes)*

**OUI**, j'autorise RPLUS SANTE à diffuser aux organismes mon adresse email indiquée ci-dessus.

### Relevé d'Identité Bancaire (joindre un RIB)

Domiciliation banque : .....

**IBAN** (International Bank Number)

**BIC** (Bank Identifier Code)

**Avant toute diffusion de vos nouvelles coordonnées, vous devez, au préalable, contrôler et valider la saisie du RIB sur votre espace Client. Pour se faire, un code de validation vous sera envoyé à l'adresse mail administrative que vous avez indiquée ci-dessus.**

#### Conditions générales :

Les lettres papier comporteront toutes vos informations nécessaires pour la prise en compte de votre demande par les Organismes d'assurance maladie identifiés. RPLUS SANTE est tenu à une obligation de moyen quant à la mise à disposition de vos informations aux Organismes d'assurance maladie identifiés. La présente prestation fera l'objet d'une ligne de facturation supplémentaire sur votre facture Résopharma.

#### Données à caractère personnel :

Les informations personnelles collectées par la société RPLUS SANTE en sa qualité de sous-traitant sont le nom et prénom, N°RPPS et email du représentant. Ces données seront conservées pendant toutes la durée de la relation contractuelle. Elles ne seront pas transmises à un tiers sans votre accord. Conformément à la loi «Loi Informatique et Libertés» n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD, vous disposez, en justifiant préalablement de votre identité d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement « droit à l'oubli » concernant vos données ainsi qu'un droit à limitation de leur traitement. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation, vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé (profilage) en écrivant à société RPLUS SANTE ou à dpo@rplus-sante.fr (indiquez vos nom, prénom, adresse, numéro de téléphone). Vous disposez également d'un droit de recours auprès de la CNIL..

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature :

Cachet