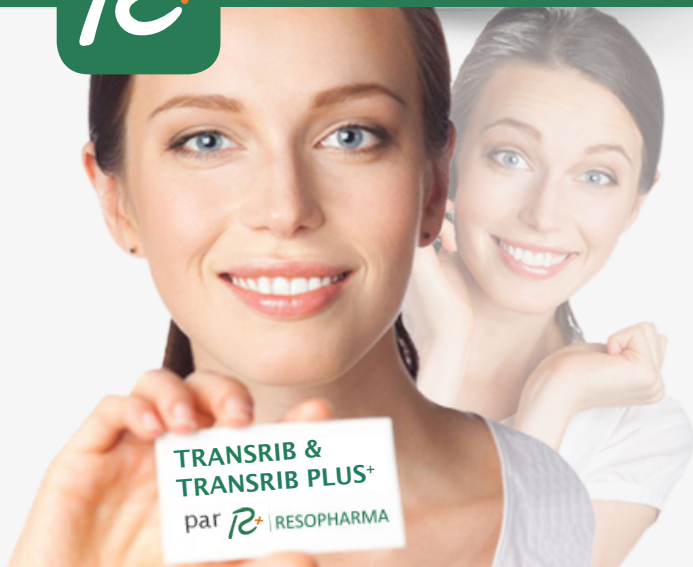




## SERVICE «TRANSRIB PLUS+»



### Facilitez la diffusion de vos coordonnées bancaires !

Le service « TransRib Plus+ » 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, ou d'une reprise d'établissement, le service « TransRIB PLUS+ » permet une large diffusion de vos nouvelles coordonnées au plus grand nombre d'organismes.

La souscription au service « TransRIB PLUS+ » inclut automatiquement l'abonnement au service « TransRIB Online », permettant de mettre à disposition **gratuitement sur l'Annuaire D** vos informations de domiciliation consultables par les organismes d'Assurance Maladie inscrits à la consultation.

Cet annuaire comporte votre N° d'identification, votre raison sociale, votre adresse postale, téléphone, fax et le RIB que vous destinez à vos remboursements d'assurance maladie.

Tout organisme de protection sociale qui en a fait la demande accède gratuitement avec ses codes d'accès à notre espace « web sécurisé », hébergeant « l'Annuaire D ». L'organisme peut ainsi effectuer à tout moment une recherche individuelle, à partir du seul N° National d'Assurance Maladie qui vous identifie auprès de la sécurité sociale, et prendre connaissance de vos domiciliations.

Votre abonnement déclenchera automatiquement un **e-mail de signalement** auprès de chaque organisme ayant fourni une adresse électronique.

Cet e-mail contiendra uniquement votre N° d'identification à 9 chiffres. L'organisme viendra consulter « l'Annuaire D » en procédant à une recherche sur votre N° d'identification et prendra connaissance de vos coordonnées postale et bancaires. A charge pour lui de mettre à jour ses fichiers par les moyens qui lui sont propres.

### La solution « TransRIB PLUS+ »

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

- 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 type 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+ dépend du nombre de lettres à envoyer.

**21,00€** /HT  
+ 0,95 € HT par lettre

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

Vous trouverez au verso le formulaire d'inscription à « Transrib Plus+ » ►



# SERVICE «TRANSRIB PLUS+»

## Formulaire d'inscription

Je soussigné(e),

- N° d'identification CPAM :
- N° SIRET :
- Raison sociale : .....
- Adresse : .....
- Email (Obligatoire) : ..... @ .....
- Téléphone (Obligatoire) : .....
- Représentée par (Obligatoire) : .....

**Merci de nous adresser votre inscription à :**

Société R+  
21, rue de Choiseul  
75002 PARIS  
FAX : 01 44 56 95 75  
EMAIL : grc@rplus-sante.fr

**Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

### 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 : ..... / ..... / .....
- Changement d'adresse postale.**
- Installation suite à reprise d'un établissement**, l'identifiant n° : ..... de mon prédécesseur servira de base à l'identification des organismes d'assurance maladie. *(Si prédécesseur inscrit à Résopharma).*  
La date d'installation est prévue le : ..... / ..... / .....

### 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 sur l'annuaire D et courriers transRIB PLUS+)*

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

#### TransRIB PLUS+ comprend :

- L'abonnement à «TransRIB online» : inscription à l'Annuaire D ; envoi d'un courriel de signalement aux organismes inscrits à la consultation de l'annuaire D
- L'analyse des organismes d'assurance maladie ayant fait l'objet de télétransmission sur les 6 derniers mois, par vous, votre prédécesseur ou un autre professionnel de santé exerçant dans votre secteur géographique.
- Constitution ; impression des lettres ; mise sous pli et envoi au tarif prioritaire ..... Tarif : **21 € HT + 0,95 € HT par lettre**

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

Code Banque	Code Guichet	N° de Compte	Clé RIB	Domiciliation
IBAN		BIC		

**Avant tout envoi des lettres ou toute diffusion de vos coordonnées dans l'annuaire D, vous devez au préalable contrôler et valider la saisie des coordonnées bancaires objet de la diffusion sur votre «Espace Abonné». Pour ce faire, un code de validation vous sera envoyé à l'adresse mail que vous avez indiquée ci-dessus.**

#### Conditions générales :

En utilisant le service vous autorisez expressément R+ à enregistrer vos Informations (Raison sociale, identifiant CPAM, coordonnées bancaires et postale) vous concernant sur l'annuaire des domiciliations (annuaire D) afin de permettre aux organismes d'assurance maladie inscrits à ce dernier, de procéder à une consultation en ligne de vos informations. En souscrivant au service Transrib PLUS+ vous donnez mandat à R+ afin qu'elle mette à disposition vos Informations aux organismes d'assurance maladie partenaires par tous moyens convenus avec ces derniers. Votre adresse email est mise à disposition des organismes uniquement si vous autorisez expressément sa diffusion en cochant sur ce formulaire la case prévue à cette effet. Nous vous informons que chaque demande de diffusion de vos Informations pour quelque raison que ce soit (création ou modification) fera l'objet, après validation, d'un signalement par message électronique aux Organismes d'assurances maladie inscrits à l'annuaire D, dans la boîte mail mise à disposition par ces derniers (R+ ne saurait être tenue responsable de toute conséquence liée à la non validité de l'adresse mail fournie). Afin de garder confidentielles les informations vous concernant, ce signalement indiquera uniquement votre N° d'identification CPAM et invitera l'organisme à consulter l'annuaire D. Il appartiendra alors à l'organisme de consulter l'annuaire D. Les lettres papier comporteront toutes vos Informations nécessaires pour la prise en compte de votre demande par les Organismes d'assurance maladie identifiés. R+ 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 :

Conformément à la loi «Loi Informatique et Libertés» n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel des personnes physiques « RGPD », vous disposez, en justifiant préalablement de votre identité d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement 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 en écrivant à dpo@rplus-sante.fr (indiquez vos nom, prénom et joindre un justificatif d'identité).

Fait à : ....., le : .....

Signature :

Cachet