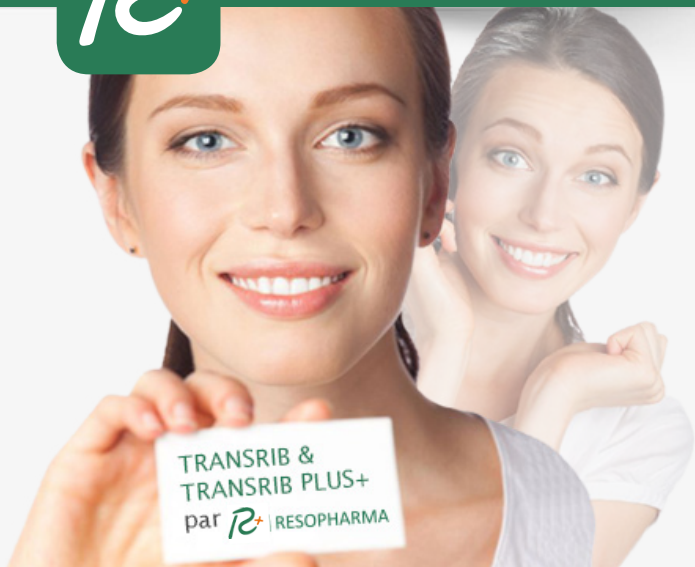




## SERVICE «TRANSRIB PLUS+»



### 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 postales et bancaires. A charge pour lui de mettre à jour ses fichiers par les moyens qui lui sont propres.

### Les packs « 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.

Deux solutions payantes sous forme de pack sont disponibles :

Pack ANALYSE  
**21,00€**  
/HT

- Résopharma effectue pour vous l'analyse de vos télétransmissions sur les 6 derniers mois et liste l'ensemble des organismes auxquels vous (ou votre prédécesseur) télétransmettez les factures électroniques.
- Résopharma prépare des lettres type à l'adresse de chaque organisme\* avec vos informations de domiciliation bancaires et postales.
- Ces lettres vous sont alors envoyées dans une grande enveloppe et vous n'aurez plus qu'à les envoyer à votre gré.

Pack DIFFUSION  
**17,00€**  
/HT

+ 0,95 € HT  
par lettre

- Résopharma se propose d'envoyer à votre place l'ensemble des lettres types constituées à chaque organisme\*.
- Le cout de ce pack dépend du nombre de lettres à envoyer.

\* 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 :
- Raison sociale : .....
- Adresse : .....
- Email (Obligatoire) : ..... @ .....
- Téléphone (Obligatoire) : .....
- Représentée par (Obligatoire) : .....

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

Résopharma  
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 CHOIX DU PACK DE DIFFUSION : (cochez le pack désiré)

- Pack « ANALYSE »** (Envoi des courriers par vos soins)  
Identification 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.  
+ Impression des lettres types et envoi au client qui se chargera d'envoyer les courriers ..... Tarif : **21 €uros HT**
- Pack « DIFFUSION »** (Envoi des courriers par Résopharma)  
Identification 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.  
+ Impression des lettres, mise sous pli et envoi des courriers au tarif prioritaire ..... Tarif : **17 € HT + 0,95 € HT par lettre**

OU

## 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 indiqué ci-dessus.

### Conditions générales :

En utilisant le service vous autorisez expressément Résopharma à enregistrer vos Informations (Raison sociale, identifiant CPAM, coordonnées bancaires et postales) vous concernant sur l'annuaire des domiciliations (annuaire D) afin de permettre aux organismes d'assurance maladie inscrits, et à eux seuls, de procéder à une consultation en ligne de ces informations. En souscrivant au service Transrib PLUS+ vous donnez mandat à Résopharma afin qu'elle mette à disposition vos Informations aux organismes d'assurance maladie partenaires par tous moyens convenus avec ces derniers.

Vos coordonnées bancaires et postales seront accessibles uniquement par les organismes d'assurance maladie ayant demandés l'accès à l'annuaire D et s'étant vu attribuer des codes d'accès confidentiels.

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 inscrites à l'annuaire D, dans la boîte mail mise à disposition par ces derniers (Résopharma 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 aux organismes 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.

Résopharma 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 pourra faire l'objet d'une facturation indépendante de votre facturation au service télétransmission.

### 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



RESOPHARMA

RESOPHARMA - 21 rue de Choiseul 75002 PARIS  
Assistance Technique : 0 820 20 12 29 - Télécopie : 01 44 56 95 75 - Document Réf : TR05