|  |
| --- |
| **Lettre d’engagement** **réciproque entre professionnels REQUIS et REQUERANT dans le cas de la téléexpertise** |

*Expérimentations relatives à la télémédecine mises en œuvre sur le fondement de l’article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014*

**Le(s) professionnel(s) de santé REQUIS (effectuant l’acte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom : | ……………………………………………………………………………………. |
| Profession : | ……………………………………………………………………………………. |
| **Spécialité médicale** ou **numéro du protocole de coopération :** | ……………………………………………………………………………………. |
| N° RPPS (ou ADELI) :  | ……………………………………………………………………………………. |
| N° Assurance Maladie : |  |

**(Copier/coller l’encadré pour ajouter des professionnels de santé requis dans le cas d’un établissement)**

s'engage(nt) à répondre aux demandes de téléexpertise adressées par les professionnels ci-dessous nommés, dans le cadre de l’arrêté du 28 avril 2016 portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultations ou téléexpertises mises en oeuvre sur le fondement de l’article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

**Date : ......./……/………**

**Signature :**

**Le professionnel de santé REQUERANT (prescrivant l’acte)**

|  |
| --- |
| Nom de la structure (le cas échéant) **et** adresse complète du cabinet d’exercice : |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nom / Prénom | ……………………………………………………………………………… |
| Profession : | ……………………………………………………………………………… |
| **Spécialité médicale** : | ……………………………………………………………………………… |
| **Ou, Numéro du protocole de coopération1 :** | ……………………………………………………………. |
| ***1*** *pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d’un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l’article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009* |
| N° RPPS (ou ADELI) :  | ……………………………………………………………………………… |
| N° Assurance Maladie : | ……………………………………………………………………………… |

 S’engage à donner tous les renseignements nécessaires à la prise en charge des patients faisant l’objet d’une téléexpertise ainsi que tous les renseignements administratifs nécessaires à la facturation de l’acte.

**Date : ......./……/………**

**Signature :**

 **Les deux parties**

Certifient avoir signé une convention organisant leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre leur activité.

S’engagent à respecter l’intégralité des dispositions et obligations prévues par l’arrêté du 28 avril 2016 portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultations ou téléexpertises mises en œuvre sur le fondement de l’article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

**1/ Cette lettre d’engagement doit être cosignée par le professionnel de santé requis et le professionnel de santé requérant et envoyée à :**

* **L’ARS Nouvelle Aquitaine**
	+ soit par mail à l’adresse : **ars-na-telemedecine-ETAPES@ars.sante.fr**
	+ soit par courrier postal à :

Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

Direction de l’Offre de Soin et de l’Autonomie

103 rue Belleville, 33 063 Bordeaux Cedex

**2/ Conditions spécifiques à la téléexpertise :**

Le professionnel de santé requis :

* doit avoir préalablement envoyé une déclaration d’activité de télémédecine à l’ARS Nouvelle Aquitaine et au CDOM ;
* doit avoir signé une lettre d’engagement avec **5 à 20 professionnels requérants** (l’activité de télé-expertise et sa facturation ne pourront débuter que lorsque l’ARS aura reçu **au minimum 5 lettres d’engagement** pour un professionnel requis).

*Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l’objet d’un traitement informatique destiné à l’Agence régionale de Santé (ARS) de votre région dont la finalité est la suivante :*

*Participation d’un professionnel de santé à une expérimentation de télé-expertise dans le cadre d’un protocole de coopération pris sur le fondement de l’article 51 de la loi n°2009-879 dite loi HPST du 21 juillet 2009.*

*Le destinataire des données est la Caisse Primaire d’Assurance Maladie du département concerné, ainsi que le Conseil départemental de l’ordre des médecins.*

*Conformément à la* [*loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée*](https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee)*, vous disposez d’un*[*droit d’accès*](https://www.cnil.fr/fr/le-droit-dacces) *et* [*de rectification*](https://www.cnil.fr/fr/le-droit-de-rectification) *aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à la direction déléguée au système d’information de l’ARS Nouvelle Aquitaine.*

*Vous pouvez également, pour des motifs légitimes,* [*vous opposer au traitement des données vous concernant*](https://www.cnil.fr/fr/le-droit-dopposition)*. Pour en savoir plus,* [*consultez vos droits sur le site de la CNIL*](https://www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits)*.*