**Déclaration d’activité de télémédecine**

**Télésurveillance**

*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*

**I/ IDENTITE DES DECLARANTS**

**1/ Professionnel de santé effectuant l’acte de télémédecine (TSM) :**

|  |  |
| --- | --- |
| 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° CPAM de rattachement : | …………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| **Cas d’une activité libérale :** | |
| Adresse complète du lieu d’exercice | ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… |
| **Cas d’une activité salariée :** | |
| Nom de la structure : | …………………………………………………………………………………………… |
| Représentée par : | …………………………………………………………………………………………… |
| Adresse : | ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… |
| N° FINESS : | …………………………………………………………………………………………… |
| *(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)* | |

**2/ Professionnel effectuant l’accompagnement thérapeutique (TSA) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom : | …………………………………………………………………………………………… |
| Profession : | …………………………………………………………………………………………… |
| 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° CPAM de rattachement : | …………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| **Cas d’une activité libérale :** | |
| Adresse complète du lieu d’exercice | ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… |
| **Cas d’une activité salariée :** | |
| Nom de la structure : | …………………………………………………………………………………………… |
| Adresse : | ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… |
| N° FINESS : | …………………………………………………………………………………………… |
| *(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)* | |

**3/ Solution technique utilisée pour la réalisation des expérimentations (TSF) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la solution technique : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nom du fournisseur : | ………………………………………………………………………………………… |
| Siège social : | ………………………………………………………………………………………… |
| N° SIRET : | ………………………………………………………………………………………… |
| *(si le fournisseur de la solution technique est un établissement de santé, indiquer son n° FINESS)* | |

**II/ ENGAGEMENTS DE RESPECT DES OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES**

**Je soussigné(e),** …………………………………………………..……………**,**

**Je soussigné(e),** …………………………………………………..……………**,** (le cas échéant)

**Je soussigné(e),** …………………………………………………..……………**,** (le cas échéant)

**déclare avoir pris connaissance du (des) cahier(s) des charges :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Télésurveillance –** Insuffisance Cardiaque, Insuffisance Rénale, Insuffisance Respiratoire | https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217 |
|  |  |  |
|  | **Télésurveillance –** Diabète | <https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034503055> |
|  |  |  |
|  | **Télésurveillance** – Prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique | <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/11/14/SSAH1731997A/jo/texte> |

**J’accepte et je m’engage à respecter l’intégralité des dispositions et obligations prévues dans ce cahier des charges pour lequel j’effectue la présente déclaration d’activité.**

**Date : ......./……/………**

**Signatures :**

**Cette déclaration doit être complétée, signée et envoyée en amont de la facturation à :**

* **L’ARS Nouvelle Aquitaine** 
  + soit par mail à l’adresse : [**ars-na-telemedecine-ETAPES@ars.sante.fr**](mailto: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

* **Au Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins**

*\* Conformément au cahier des charges, en cas de dépassement des seuils d’acte / professionnel médical une dérogation peut être octroyée par l’ARS en fonction du caractère de désertification médical local.*

*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)