**Déclaration d’activité de télémédecine**

**Téléconsultation(TLC) - Télé expertise (TLE)**

*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*

**Professionnel effectuant l’acte de télémédecine :**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 : | …………………………………………………………………………………………… |
| Adresse : | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| N° FINESS : | …………………………………………………………………………………………… |
| *(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)* |

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

**déclare avoir pris connaissance du cahier des charges :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Téléconsultation / Télé-expertise** | <https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032490415> |

**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 : ......./……/………**

**Signature :**

**1/ Cette déclaration doit être complétée, signée et envoyée en amont de la facturation d’un acte par le professionnel de santé requis 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

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

**2/ Déclaration CNIL :**

Conformément au décret n°2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de de télémédecine, le professionnel de santé qui réalise l’acte (le requis) doit effectuer une déclaration de conformité :

* Pour l’acte règlementaire unique  « RU-45 Expérimentation Télémédecine »
* sur le site internet de la CNIL :[**https://www.declaration.cnil.fr/declarations/declaration/declarant.display.action**](https://www.declaration.cnil.fr/declarations/declaration/declarant.display.action)

**3/ Cas de la téléexpertise :**

Dans le cas de la télé-expertise, cette déclaration d’activité doit être envoyée complétée des lettres d’engagement co-signée par le requis et les requérants (au minimum 5 requérants pour débuter l’activité).

**4/ Dépassement prévisionnel des seuils d’acte**

Dans le cas d’un dépassement prévisionnel des seuils d’acte indiqués dans les cahiers des charges cités ci-dessous, une demande d’accord motivée\* doit être adressée par mail avec la déclaration à ars-na-telemedecine-ETAPES@ars.sante.fr.

\* 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)