



Déclaration de conformité au cadre réglementaire de l'accompagnement thérapeutique dans le cadre des expérimentations de la télésurveillance prévues à l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

A adresser à la Direction Générale de l'Offre de Soins (bureau PF3) :
DGOS-PF3[@]sante.gouv.fr

Cette déclaration est à compléter **uniquement** par les structures non établissement de santé ou centre de santé. Les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé ou centres de santé ne sont pas concernés par cette déclaration, car ils disposent déjà d'un numéro de facturation auprès de la CNAM.

Cahiers des charges auquel se rattachent l'accompagnement thérapeutique pratiqué :

- Télésurveillance des patients en insuffisance respiratoire chronique
- Télésurveillance des patients en insuffisance cardiaque chronique
- Télésurveillance des patients en insuffisance rénale chronique
- Télésurveillance du diabète

Nom de la société/de l'association :

Adresse :

N° SIREN ou SIRET ou N° RNA le cas échéant pour association:.....



Je soussigné ,
représentant la société / l'établissement (rayer la mention inutile)

.....
-accepte et m'engage à respecter l'intégralité des dispositions et obligations prévues dans le cahier des charges précité ;

-certifie avoir pris connaissance des droits et obligations du régime auquel je me rattache en tant qu'accompagnant thérapeutique et responsable de traitement de données à caractère personnel de santé (Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 et loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (LIL), modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) ;

-m'engage à effectuer les démarches nécessaires incombant au responsable de traitement en application des textes précités.

Fait à :

Le :

Signature :