

Formulaire de déclaration d'activité de télé-médecine

A adresser à l'Agence Régionale de Santé compétente

Expérimentations relatives à la télé-médecine mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n°2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

Procédure de déclaration

1- Inscription dans la plateforme de télé-médecine propre à chaque ARS

2- Selon mode de signature possible :

- dématérialisée
- Si dématérialisation Impossible: édition PDF, signature puis envoi à l'ARS, procédure de vérification à mettre en œuvre.

Réservé à l'ARS
Déclaration reçue le
Transmise CPAM le :

I) Dans le cadre d'une activité de téléconsultation ou de télé-expertise :

1 – Mise en œuvre

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'acte (appelé professionnel requis) :

Madame/Monsieur Prénom..... / Nom.....

Profession :

Spécialité médicale :

(selon diplôme et inscription au tableau de l'ordre des médecins)

Ou

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, indiquer :

- Le numéro de protocole de coopération :
- La date de notification, adressée par l'ARS, de votre adhésion à ce protocole : JJ/MM/AAAA.....

Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :

Lieu d'exercice de la télé-médecine :

N° RPPS (ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS) :

N° CPAM de rattachement :

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :

Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité 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)

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, indiquer le numéro de protocole de coopération :

2 - Missions des professionnels requis et missions attendues des professionnels requérants (facultatif) :

II) Dans le cadre d'une activité de télésurveillance :

1 – Télésurveillance :

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'acte (appelé professionnel requis) :

Madame/Monsieur Prénom..... / Nom.....

Profession :

Spécialité médicale :

(selon diplôme et inscription au tableau de l'ordre des médecins)

Ou

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, indiquer :

- Le numéro de protocole de coopération :

- La date de notification, adressée par l'ARS, de votre adhésion à ce protocole :

JJ/MM/AAAA.....

Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :

Lieu d'exercice de la télémédecine :

N° RPPS (ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS) :

N° CPAM de rattachement :

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :

Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité 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)

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, indiquer le numéro de protocole de coopération :

2 - Accompagnement thérapeutique :

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'accompagnement :

Madame/Monsieur Prénom..... / Nom.....

Profession :

Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :

N° RPPS (ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS) :

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :

Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité 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)

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, indiquer le numéro de protocole de coopération :

c) Professionnel(s) de santé salarié(s) d'une structure non établissement de santé ou centre de santé :

Partie à compléter par la structure :

Nom de la société/de l'association :

Adresse :

Numéro SIREN ou SIRET ou numéro RNA le cas échéant pour association:.....

3 – Solution technique utilisée pour la réalisation des expérimentations :

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

III) Engagement de respect des obligations réglementaires

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 me concernant (publié(s) par arrêté).

- Téléconsultation
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032490415
 (Un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin pose le diagnostic à distance.)
- Téléexpertise
 (À accompagner de la lettre d'engagement dont le modèle vous est fourni)
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032490415
 (Un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales, indicateurs cliniques ou biocliniques, liées à la prise en charge d'un patient)
- Télésurveillance
 1. Insuffisance cardiaque
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>
 2. Insuffisance rénale
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>
 3. Insuffisance respiratoire
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>
 4. Diabète
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034503055&fastPos=1&fastReqId=1008212268&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
 5. Prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036068958

J'accepte et je m'engage à respecter l'intégralité des dispositions et obligations prévues dans le(s) cahier(s) des charge(s) pour le(s)quel(s), j'effectue la présente déclaration d'activité(s).

Fait à
 Le
 Signature (s)

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

Participation d'un professionnel de santé à une expérimentation de téléexpertise 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. (à adapter pour les 4 ordres PS – MK, Infirmiers, CD, Sage F, Pharmacien).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à :

Correspondant informatique et liberté de l'ARS (s'il existe) ou au service X

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.