

Formulaire de déclaration d'activité de télémédecine

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

Procédure de déclaration

1- Inscription dans ? (plateforme de télémédecine 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 :

1 - 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 :

2 - 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 :

.....

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

4 - Engagement de respect des obligations liées à la mise en œuvre des actes de téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance :

Je soussigné(e),, déclare avoir pris connaissance du (des) cahier(s) des charges me concernant (publié(s) par arrêté).

- Téléconsultation

<https://www.legifrance.gouv.fr/lopdf.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/lopdf.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

(Un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.)

- Insuffisance cardiaque

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>

- Insuffisance rénale

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>

- Insuffisance respiratoire

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000033608560&dateTexte=20161217>

- Diabète lien à ajouter lors de la publication du CDC

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

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.

DOCUMENT DE TRAVAIL