Lettre d’engagement dans le cas de la téléexpertise

**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 et de l’article 91 de la loi N° 2016-1827 de financement de la sécurité sociale pour 2017**

**En application des dispositions des articles L.6316-1 et R.6316-1, 2° du Code de la santé publique, la téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical (ou professionnel de santé agissant en application d’un protocole de coopération pris sur le fondement de l’article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009) de solliciter à distance l’avis d’un ou de plusieurs professionnels médicaux (ou professionnel de santé agissant en application d’un protocole de coopération pris sur le fondement de l’article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009) en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d’un patient.**

La demande d’avis par téléexpertise ne peut être réalisée qu’après **engagement réciproque d’un professionnel requérant et du professionnel médical requis**. Cette lettre d’engagement cosignée est transmise à l’ARS de la région concernée qui transmettra des fichiers consolidés aux caisses primaires d’assurance maladie dont dépendent les professionnels de santé requis concernés par tout moyen.[[1]](#footnote-1)

Les deux parties, requis et requérant, certifient donc avoir conclu une convention organisant leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre leur activité selon les dispositions prévues à l’article R.6316-8 du code de la santé publique.

|  |
| --- |
| Le professionnel médical requis dans le cadre de la téléexpertise doit avoir signé une lettre d’engagement avec **5 à 20 professionnels requérants**. Une lettre par requérant doit être transmis à l’ARS et l’activité de téléexpertise ne pourra débuter que lorsque cette dernière aura reçu **au minimum 5 lettres d’engagement** pour un professionnel requis. Dans le cas où les professionnels requérants seraient plus nombreux, une demande d’accord doit être adressée à l’ARS de la région concernée.  |

**Identification du professionnel de santé effectuant l’acte**

**(appelé professionnel requis)**

**Et, le cas échéant, de l’établissement d’appartenance :**

Nom de l’établissement  (*cas échéant*) :…………………………………………………………………………..

Type établissement (*cas échéant) :*………………………………………………………….…………………......

Nom  :……………………………………………….………………………………………………………………..

Prénom  :……………………………………………….………………………………………………………….…

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/établissement : …………..……………………………….………………………..

…………………………..……………………………….…………………………..……………………………….…

Lieu d’exercice de la télémédecine : …………………………..…………………………………...………………

N° RPPS *(ou n°ADELI si pas d’inscription au RPPS) ………………………………*: ………..……………………….…

N° FINESS *(si le requis exerce dans un établissement)* : ……………………………………..………………………

N° CPAM de rattachement : ………..……………………….……………………………………………………….

Signature :

**Identification du professionnel de santé prescrivant l’acte (appelé professionnel requérant) et le cas échéant de l’établissement d’appartenance :**

Nom de l’établissement (*cas échéant)* :…………………………………………………….……………………...

Type établissement (*cas échéant)* :…..…………………………………………………………………………...

Nom  :………………….……………………………….………………………………………………………………

Prénom  :……………………………………………….………………………………………………………………

Profession :………….…………………………….....………….…………………………………………..…………

Spécialité médicale requise : ……..……………………………….……...……………………………..…………..

Adresse complète du cabinet/établissement : …………..……………………………….………………………..

…………………………..……………………………….…………………………..……………………………….…

Lieu d’exercice de la télémédecine : …………………………..…………………………………...………………

N° RPPS *(ou n°ADELI si pas d’inscription au RPPS)* : ………..………………………………..………………….…

N° CPAM de rattachement : ………..…………………………………………………………………………….…

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.*

*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 :****ars-paca-telemedecine@ars.sante.fr***

*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)*.*

1. Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l’article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014) [↑](#footnote-ref-1)