



Guide de remplissage du Pack Opérateur MSSanté

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

• Constitution du pack opérateur



Contrat

Annexe 1

F413

Annexe 2

Contrat + Annexe 1 + Annexe 2 téléchargeables au lien suivant :

Etablissement de santé
Industriel de santé

<https://mssante.fr/ets/doc-technique>
<https://mssante.fr/is/doc-technique>

F413 téléchargeable au lien suivant :

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/413_2.pdf

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté



- Focus : Contrat opérateur

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.

Contrat « opérateur MSSanté » relatif à l'intégration à l'espace de confiance « messageries sécurisées de santé »

Entre :

L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé),
Groupement d'intérêt public prévu à l'article L.1111-24 du code de santé publique, dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté du 8 septembre 2009, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du 18 septembre 2013 et dont le siège social est situé au 9 rue Georges Pitard, 75015 Paris,

Représentée par Monsieur Stéphane SEILLER, agissant en qualité de Directeur par intérim ;

Service clients : monserviceclient.mssante@asipsante.fr

ci-après dénommée « l'ASIP Santé »,
d'une part,

Et :

(Nom de la Structure)
(Forme juridique : établissement de santé, GCS, Société...)
Dont le siège social est situé au
.....

Immatriculation au RCS ou N° Siret, N° Siren, N° FINESS de la structure :

Représenté(e) par, agissant en qualité de

Indiquer la raison sociale de la structure, la forme juridique et l'adresse du siège social.

Indiquer la personne habilitée à signer les documents. Il s'agit du responsable de la structure ou, le cas échéant, un mandataire uniquement lorsque ce dernier a été déclaré auprès de l'ASIP Santé (le remplissage d'un formulaire 502 est alors nécessaire)

• Annexe 1

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.



Déclaration de domaines MSSanté

Le « Guide de remplissage du Pack Opérateur MSSanté » contenu dans le pack opérateur est disponible sur le site mssante.fr au sein de la rubrique « Documentation technique pour les Opérateurs MSSanté ». Il vous accompagnera pour le remplissage de l'annexe 1 du Contrat Opérateurs MSSanté.

Identification de l'opérateur

Nom de l'Opérateur (Tel que publié sur le site mssante.fr, si et seulement si vous êtes déjà Opérateur MSSanté)

DN du certificat d'authentification SSL :

CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=..... (.....),C=.....

*Exemples : * CN=serveur.ch-xyz.fr,OU=1012345678,O=CHxxx - xxx,ST=Bas-Rhin (67),C=FR » (se reporter au guide de remplissage du pack opérateur disponible sur le site mssante.fr).*

Afin d'assurer l'interopérabilité avec les opérateurs réalisant un contrôle de cohérence hostname/CN, il est nécessaire d'avoir le nom du serveur de messagerie (hostname enregistré dans le champ MX) identique au CN du certificat déclaré au sein de la présente annexe.

Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL :

CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=..... (.....),C=.....

Boîte aux lettres de réponse automatique

(Veuillez vous référer à l'exigence EX_GBM_4020 du Référentiel #1 Opérateurs. Exemple : reponse.automatique@test.domaineopérateur.mssante.fr ou reponse.automatique-test@domaineopérateur.mssante.fr)

Remplir le DN certificat :
 CN = nom du serveur de messagerie MSSanté
 OU = 1 + identifiant de la structure
 O = nom de la structure (en majuscule sans accents)
 OU = nom du département + espace + chiffre du département
 C = FR



• Annexe 1

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.

Editeur de connecteur MSSanté de l'opérateur (à renseigner si différent de l'opérateur)	
Nom de l'éditeur de connecteur	
Nature de la demande (cochez qu'une seule des deux options)	
<input type="radio"/>	Je renseigne l'annexe 1 pour la première fois (remplir les tableaux 2 à 4)
<input type="radio"/>	Je modifie l'annexe 1 de mon contrat opérateur (veuillez cocher et remplir les cases ci-dessous, puis les tableaux concernés si nécessaire)
<input type="checkbox"/>	Domaines déclarés dans l'espace de confiance MSSanté (remplir le tableau 4)
<input type="checkbox"/>	Coordonnées des contacts utilisés par le gestionnaire de l'espace de confiance (remplir le tableau 2)
<input type="checkbox"/>	Résolution DNS (remplir le tableau 3)
<input type="checkbox"/>	Modification du DN du certificat d'authentification SSL (En cas de modification du CN, veuillez joindre un nouveau formulaire 413 à la demande) :
CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=..... (.....),C=.....	
Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL :	
CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=..... (.....),C=.....	

Tableau 1- Identification de l'opérateur et nature de la demande

Le formulaire 413 se trouve dans le Pack Opérateur, et est à joindre avec l'Annexe 1

Remplir le DN certificat :
 CN = nom du serveur de messagerie MSSanté
 OU = 1 + identifiant de la structure
 O = nom de la structure (en majuscule sans accents)
 OU = nom du département + espace + chiffre du département
 C = FR

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté



• Annexe 1

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.

Coordonnées des contacts utilisés par le gestionnaire de l'espace de confiance							
Coordonnées du représentant légal de l'opérateur							
Nom de la structure							
Identifiant structure							
Nom		Prénom					
Adresse postale							
Téléphone		Courriel					
Coordonnées du chef de projet				Coordonnées du responsable technique (si différent du chef de projet)			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
Tél				Tél			
Courriel				Courriel			
Coordonnées des contacts en cas d'incident rencontré entre opérateurs (coordonnées affichées publiquement au sein de la liste blanche. Veuillez indiquer les coordonnées d'un des deux contacts au minimum)							
Contact projet MSSanté de l'opérateur (le courriel doit être une adresse de messagerie professionnelle)				Contact technique MSSanté de l'opérateur (le courriel doit être une adresse de messagerie professionnelle)			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
Tél				Tél			
Courriel				Courriel			

Numéro FINESS juridique de l'établissement / du groupe. S'il n'existe pas de FINESS, complétez par le SIRET.

Les contacts renseignés figureront dans la liste blanche.

Tableau 2- Coordonnées des contacts

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

• Annexe 1

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.







Cliquez pour accéder aux documents relatifs aux DNS

Cliquez pour poursuivre

Choix de la méthode de résolution DNS

Le « Guide de remplissage du Pack Opérateur MSSanté » contenu dans le pack opérateur est disponible sur le site mssante.fr explicite la gestion de la zone DNS

Zone DNS (l'opérateur ne peut cocher qu'une seule case correspondant à son choix ; pour plus de détails, se reporter en page 4)

☐

Méthode 1 : la délégation (à privilégier)

Nom des serveurs DNS (primaire / secondaire) de l'opérateur :

Primaire : Secondaire :

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.ch-xyz.fr

☐

Méthode 2 : la redirection

Nom du serveur de messagerie MSSanté de l'opérateur :

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.ch-xyz.fr

Dans le cas d'une délégation : cocher la case délégation et indiquer vos serveurs de DNS externes

Dans le cas d'une redirection : cocher la case redirection et indiquer votre serveur de messagerie MSSanté (identique au CN)

Tableau 3 – Résolution DNS

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

• Annexe 1

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.

Déclarer le nom de domaine souhaité comprenant la mention mssante.fr

Inscription ou désinscription de domaines dans la liste blanche MSSanté : https://espacedeconfiance.mssante.fr/listeblanchemssante.xml			AJOUT	SUPPRESSION	BASCULE*
N'inscrire que les domaines à ajouter ou supprimer suivant la case cochée en face de chaque domaine. Les éventuels autres domaines déjà existants ne seront pas modifiés.					
Identifiant de la structure bénéficiant du nom de domaine (Indiquer l'identifiant)	Nom du domaine de messagerie MSSanté (Exemple : ch-xyz.mssante.fr)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté (Exemple : Domaine de messagerie du CH xyz)				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				
	Nom du domaine de messagerie MSSanté		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Description du domaine de messagerie MSSanté				

Tableau 4 - Liste des domaines à ajouter, à supprimer ou à basculer



Cliquez pour accéder aux documents relatifs aux DNS

Cliquez pour poursuivre

Cocher cette case s'il s'agit d'une Annexe 1 pour retirer un nom de domaine

L'Annexe 1 vous permet d'ajouter / supprimer / basculer jusqu'à 10 domaines

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

• Formulaire 413



Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.

3. Identification de la structure bénéficiaire (L'ensemble des champs doit être complété)												
3.1 Identification de la structure												
Dénomination de la structure												
FINESS géographique (sauf structures ne prenant pas en charge d'usagers)												
ou N° SIRET												
RPPS rang ⁽¹⁾ (uniquement pour les cabinets de radiologie, hors sociétés d'exercice)	1.											
	2.											
	3.											
	4.											
3.2 Identification du représentant légal ou du mandataire ou titulaire du cabinet (uniquement pour les RPPS Rang)												
Êtes-vous le :	<input type="radio"/> Responsable légal <input type="radio"/> Mandataire <input type="radio"/> Titulaire du cabinet											
Nom												
Prénom(s)												
Téléphone												
Email professionnel												
N° de carte												

Si applicable

(1) Si vous souhaitez déclarer plus de 4 RPPS rang, nous vous invitons à compléter un second exemplaire de ce formulaire (F413).

Les données à caractère personnel recueillies via ce formulaire sont collectées et conservées par l'Agence du Numérique en Santé aux fins de traitement des commandes et de gestion de la relation client. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression ou d'opposition pour motif légitime : dsco@esante.gouv.fr

Page 1 - Formulaire n°413 - Septembre 2021 - Formulaire de déclaration des administrateurs techniques habilités à commander des certificats logiciels

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

- **Formulaire 413**

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.



4. Informations spécifiques (L'ensemble des champs doit être complété)				
4.1 Déclaration des administrateurs techniques				
N° de carte	Nom figurant sur la carte	Prénom figurant sur la carte	Téléphone	Email professionnel

Indiquer la personne qui sera chargée de valider ce document : elle doit nécessairement détenir une carte CPX nominative (voir les prérequis en page 3 de ce formulaire)

Nous vous conseillons d'inscrire plusieurs personnes pour la génération du certificat

Remplissage du Pack Opérateur MSSanté

• Formulaire 413

Ces explications visent à attirer votre attention sur certains points précis des documents constitutifs du Pack Opérateur. Néanmoins, tous les champs doivent être dûment remplis par vos soins.



Cliquez pour
revenir au pack
opérateur

Cliquez pour
poursuivre

4.2 Usage des certificats et solution utilisée

Précisions sur l'usage des
certificats et sur votre projet

Éditeur de la solution

Solution utilisée

4.3 Type de certificats souhaités

Cochez les types de certificats souhaités et remplissez les informations complémentaires associées

☐ **Certificat ORG (Personne morale) usage AUTH_CLI, SIGN, CONF (Ex : DMP, ROR, Annuaire Santé...)**

☐ **Certificat logiciel SERVEUR usage SSL_SERVEUR (Ex : MSSanté, Diapason, PSIG...)**

Remplir l'une des lignes suivantes :

Certificat pour le nom de domaine suivant :
(Veuillez indiquer le nom de domaine souhaité / adresse web,
ex : domaine.fr.)

OU Certificat restreint au serveur suivant :
(Veuillez indiquer le nom de serveur spécifique,
ex : nomdeserveur.domaine.fr)

☐ **Certificat logiciel SERVEUR usage SMIME, SIGN, CONF (Ex : Messagerie HPRIM NET...)**

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
(Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr.)

☐ **Certificat logiciel PRO (Personne physique) usage AUTH, SIGN, CONF (Ex : Dossier Pharmaceutique...)**

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
(Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr.)

Préciser l'usage MSSanté pour le certificat
logiciel

Renseigner le FQDN (url) du serveur de
messagerie (ce qui correspond au champ
CN dans le DN du certificat de l'opérateur)
Exemples:

OUI nomserveur.nomdomaineOpérateur

NON
nomserveur.mssante.fr
(car nécessite une délégation)

• Annexe 2

Coordonnées du représentant légal de l'opérateur			
Nom de la structure			
Nom		Prénom	
Adresse postale			
Téléphone		Courriel	

Je certifie que le service de messagerie sécurisée de santé mis en œuvre :

☒ est conforme à l'ensemble des exigences définies dans le Référentiel #1 Opérateurs de Messageries Sécurisées de Santé en version applicable¹ : (indiquer le numéro de version) et en particulier :

- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour l'émission des messages MSSanté,
- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour la réception des messages MSSanté,
- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour l'interrogation de la liste blanche des domaines MSSanté,
- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour la publication dans l'Annuaire Santé,
- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour la sécurité,
- ☒ à l'ensemble des autres exigences définies (synchronisation du temps, traces, statistiques, CGU).
- ☒ à l'exigence définie pour la mise à disposition d'une boîte aux lettres de réponse automatique :

Attention, il faut ici indiquer la dernière version du Référentiel #1, celle en vigueur, à laquelle vous devez donc vous conformer. Sa dernière version est disponible sur le site mssante.fr.



- Annexe 2

Je suis responsable du traitement de messagerie sécurisée de santé :

☐ non

☐ oui : le cas échéant, je certifie avoir réalisé les formalités préalables de mise en conformité aux dispositions générales sur la protection des données auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les données de santé collectées par mon service de messagerie sécurisée de santé doivent être conservées dans le respect des règles encadrant l'hébergement de données de santé à caractère personnel². Dans ce cadre, je déclare que :

☐ mon service doit être hébergé par un hébergeur de données de santé à caractère personnel dans le respect des articles L. 1111-8 et R.1111-8-8 et suivants du code de la santé publique. Le cas échéant, je certifie sur l'honneur respecter cette obligation. Indiquer le nom de l'hébergeur :

☐ mon service n'est pas soumis à l'obligation d'être hébergé par un hébergeur de données de santé à caractère personnel.

Depuis l'entrée en vigueur du RGPD, il n'est plus nécessaire de réaliser cet engagement de conformité auprès de la CNIL. Le responsable de traitement doit s'assurer en interne de sa conformité et peut s'appuyer sur les préconisations de l'AU 37. Il coche la case s'il estime être conforme à la législation relative à la protection des données (RGPD, LIL, AU 37).

NB : un référentiel remplaçant l'AU 37 est en cours de rédaction.

Décocher dans le cas où la structure ne souhaite pas proposer sa solution de messagerie à une autre structure. Il n'est pas nécessaire, dans ce cas de figure, de disposer de la certification HDS