

## Engagement de conformité MSSanté

Engagement de conformité de l'Opérateur professionnels aux exigences du Référentiel #1 Opérateurs de Messageries Sécurisées de Santé, au respect des dispositions du RGPD, de la loi informatique et libertés et de l'article L.1111-8 du code de la santé publique.

### Coordonnées du représentant légal de l'opérateur

<b>Nom de la structure</b>			
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Adresse postale</b>			
<b>Téléphone</b>		<b>Courriel</b>	

**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 applicable<sup>1</sup> : ..... (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 : .....

<sup>1</sup> Version du Référentiel #1 Opérateurs de Messageries Sécurisées de Santé en vigueur au moment de la conclusion du contrat ou version applicable au regard des stipulations de l'article 10 du Contrat Opérateur MSSanté

**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 personnel<sup>2</sup>. 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.

Je certifie exactes les informations communiquées dans le présent engagement de conformité.

Date .....

Nom, Prénom .....

Signature et cachet de la structure

**Annexe 2 à renvoyer à :**

- **Par courrier à l'adresse postale suivante :** Agence du Numérique en Santé - Service Relations Clients - 2 avenue du Président Pierre Angot - Technopole Hélioparc, 64053 PAU CEDEX 9

**Ou**

- **Par email à l'adresse :** [monserviceclient.mssante@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.mssante@asipsante.fr)

<sup>2</sup> Articles L.1111-8 et R.1111-8-8 et suivants du code de la santé publique.