



Déclaration de domaines MSSanté

Annexe 1



**AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ**

La transformation commence ici

Je renseigne l'annexe 1 pour l'espace de

* ne cocher qu'une seule case

PRODUCTION

TEST

1. Identification de l'opérateur

Nom de l'opérateur et détails du certificat

Nom de l'opérateur (tel que déclaré sur votre contrat d'adhésion)

.....
.....

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*

Nom de l'éditeur de connecteur

2. Coordonnées des contacts utilisés par le gestionnaire de l'espace de confiance

Coordonnées du représentant légal de l'opérateur

Pour une modification de coordonnées, veuillez adresser votre demande directement par mail à l'adresse monservicclient.mssante@esante.gouv.fr

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| 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 | |
| Tél | | Tél | |
| Courriel | | Courriel | |

Coordonnées des contacts en cas d'incident rencontré entre opérateurs (coordonnées affichées publiquement au sein de la liste blanche)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Contact projet MSSanté de l'opérateur (utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance) | | Contact technique MSSanté de l'opérateur (utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance) | |
| Nom | | Nom | |
| Tél | | Tél | |
| Courriel | | Courriel | |

* à renseigner conformément à l'exigence EX_GBM_4020 du Référentiel #1 Opérateurs

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 : dpo@esante.gouv.fr

3. Ajout/Modification du DN inscrit en liste blanche

Modification du DN du certificat (si modification du CN, veuillez joindre un formulaire 413 pour l'espace de production ou un 414 pour l'espace de test)

Modification du DN du certificat d'authentification SSL

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

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

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

4. Choix de la méthode de résolution DNS

Zone DNS (l'opérateur ne peut cocher qu'une seule case correspondant à son choix ; pour plus de détails, se reporter à la page 17 (Test) ou 22 (Production) du Guide d'Intégration à l'Espace de Confiance)

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

5. Ajout/retrait/bascule de domaines dans la liste blanche MSSanté
Inscrire les domaines à ajouter, supprimer ou qui doivent faire l'objet d'une bascule

| Identifiant de la structure bénéficiant du nom de domaine (FINESS, SIRET) | Nom et Description du domaine de messagerie MSSanté <i>Les informations concernant le DN du certificat d'authentification SSL sont présentes dans le « Tableau 1 » de ce document</i> | AJOUT | SUPPRESSION | BASCULE* |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |

Bascule* : Cochez la case « Bascule » en face d'un nom de domaine en plus des cases ajout ou suppression si ce nom de domaine est destiné à changer d'opérateur. La demande sera traitée lorsque nous aurons reçu une annexe 1 pour l'ajout et une annexe 1 pour la suppression de ce domaine, de la part des 2 opérateurs concernés.

Je m'engage à réaliser les demandes de référencement et de retrait de domaines de bonne foi et à ce que les noms de domaines référencés ne soient pas susceptibles de porter atteinte à l'ordre public ou aux droits de propriété intellectuelle d'un tiers.

| |
|-------------------------------------|
| Date..... |
| Nom, Prénom..... |
| Signature et cachet de la structure |

Pour la transmission de ce document veuillez envoyer l'annexe 1 par courriel à l'adresse mail : monserviceclient.mssante@esante.gouv.fr