

MODELE DE NOTE D'INFORMATION DES PATIENTS

(A INSERER DANS UNE NOTE D'INFORMATION / LIVRET D'ACCUEIL)

Le professionnel _____ ou l'établissement _____ (à compléter) utilise le service de messagerie sécurisée de santé Mailiz proposé par l'ASIP Santé (ci-après désigné « Mailiz »), pour échanger de façon sécurisée des données à caractère personnel vous concernant – dont des données de santé – avec les autres professionnels de santé et professionnels ou structures des secteurs sanitaire, social et médico-social habilités par la loi à collecter et échanger des données de santé et intervenant dans votre prise en charge.

Mailiz est un des services de messagerie de l'espace de confiance MSSanté qui permet de favoriser la coordination des soins et d'échanger de façon sécurisée au sein d'un espace de confiance utilisé par les professionnels titulaires d'un compte de messagerie MSSanté sur le service de l'ASIP Santé ou d'un autre opérateur de l'espace de confiance MSSanté.

Le professionnel _____ ou l'établissement _____ utilise le service Mailiz dans le respect des dispositions de la loi « Informatique et Libertés ».

Dans le cadre de ce service, vos données à caractère personnel (dont vos données de santé) sont hébergées par la société Santeos¹ agréée pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées par décision de la ministre chargée de la Santé du 7 janvier 2016. La finalité de cet hébergement consiste à garantir la conservation sécurisée des données de santé à caractère personnel dont la confidentialité et la pérennité doivent être assurées.

Vous pouvez vous opposer à l'hébergement des données de santé vous concernant sous réserve d'invoquer un motif légitime. Dans ce cas, le professionnel ou l'établissement ne pourra pas utiliser Mailiz pour l'échange de vos données et devra recourir à un moyen d'échange alternatif (courrier papier par exemple).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent.

Pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser, par courrier postal ou par courriel, ou vous rendre directement au service « _____ » de l'établissement ou du professionnel qui participe à votre prise en charge.

Pour l'exercice de ces droits, vous devez être en mesure de prouver votre identité ainsi que votre qualité de bénéficiaire de tels droits (être muni d'une pièce d'identité avec photographie pour les demandes sur place ou copie de la pièce d'identité pour les demandes par courrier postal ou électronique).

La consultation sur place est gratuite. En revanche en cas de demande de copie des frais qui ne peuvent excéder le coût de reproduction et d'expédition des documents peuvent vous être facturés.

La communication des données doit être effectuée au plus tard huit jours suivant votre demande et au plus tôt après un délai de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois, lorsque les informations médicales demandées datent de plus de cinq ans.

¹ Santeos

SA au capital de 1 500 000 €

80 quai Voltaire, 95 870 Bezons

RC Pontoise N° 419 300 678

TVA intracommunautaire : FR32419300678

Tél : 01 34 34 98 00

www.santeos.com