

# NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE N°102

## QUESTIONNAIRE RELATIF A LA DEMANDE D'UNE CARTE CDA (Préalable à la constitution du dossier complet)

Ce questionnaire ne concerne que les produits de certification de production.

Pour les produits de test veuillez consulter la page <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/produit-de-certificat-de-test>

Ces produits sont destinés aux structures ne prenant pas en charge des patients mais dont l'activité requiert un niveau de sécurisation justifiant leur utilisation. L'attribution de ces produits est assujettie à une demande d'autorisation de l'ASIP Santé via ce questionnaire dûment complété par le représentant légal de la structure. Pour les commander, il doit disposer d'une carte CDA .

L'ASIP Santé autorise la structure à recevoir et utiliser des produits de certification dès lors que l'usage des produits est jugé conforme à la finalité de sécurisation des données de santé (par exemple : service d'hébergement de données de santé, opérateur de service de SI de santé, faciliter l'accès au DMP,...).

L'ASIP Santé se réserve le droit de refuser d'instruire un dossier restant incomplet ou dans lequel subsistent des données erronées.

### 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Veuillez saisir les informations relatives à votre structure.

La structure est l'établissement qui effectue la commande de carte.

Les numéros SIREN/SIRET et FINESS géographique sont disponibles sur le site <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>.

Le code APE (Activité Principale Exercée) de la NAF (Nomenclature des Activités Françaises) est attribué à chaque entreprise par les services de l'Insee. Ce code comporte 5 caractères et une lettre.

### 2. À QUEL TITRE EFFECTUEZ-VOUS CETTE DEMANDE ?

Veuillez choisir votre situation parmi les trois choix proposés (un seul choix possible).

En fonction du choix effectué, les instructions sont données.

Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent formulaire. *(Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé).*

Le représentant légal de la structure doit **dater, signer et apposer** le cachet de la structure sur ce formulaire.

Cadre réservé à l'ASIP Santé

<sup>1</sup> - **Fournisseur de service** : structure gérant le service en lien direct avec le client utilisateur (exemple : fournisseur de solutions de gestion de cabinet en mode SAS destinées aux professionnels de santé, fournisseur de services aux patients...);  
- **Opérateur de service** : structure qui agit en sous-traitance pour le compte d'une autre structure qui est en lien direct avec le client utilisateur (exemple : hébergeur de données de santé, service d'archivage informatique...);

I – À remplir si vous êtes dans les cas 1, 2 ou 3

QUELS SONT LES PRODUITS DE CERTIFICATION DONT VOUS AVEZ BESOIN ET POUR QUELS USAGES (contexte d'utilisation) ?

Champ obligatoire

II – À remplir si vous êtes dans le cas 2.

(Pour illustrer l'enchaînement des questions ci-dessous, consultez le schéma fourni en dernière page de ce formulaire.)

Champ à remplir uniquement si vous avez coché dans la rubrique « A quel titre effectuez-vous cette demande ? » le choix numéro 2 : Fournisseur ou opérateur de service, éditeur ou intégrateur.

III – À remplir si vous avez répondu "Non" à la question II-B

PRÉSENTATION DE VOTRE SERVICE

(vous pouvez joindre à ce formulaire toute information complémentaire relative à votre service)

Champ à remplir uniquement si vous avez coché dans la rubrique « A quel titre effectuez-vous cette demande ? » le choix numéro 2 : Fournisseur ou opérateur de service, éditeur ou intégrateur ET que vous avez répondu "Non" à la question II-B.

Veuillez alors saisir les informations relatives à votre service.

Ce formulaire et les pièces jointes associées sont à renvoyer :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :  
ASIP Santé - Service Relations Clients  
2 avenue du Président Pierre Angot  
Technopole HélioParc  
64053 PAU CEDEX 9
- Soit par email à : [monserviceclient.cartes@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.cartes@asipsante.fr)