



Guide de remplissage_ pack opérateur MSSanté

Remplissage du pack opérateur

• Constitution du pack opérateur



Contrat « opérateur MSSanté »

Version N°1 Contrat MSSanté
Date de validité : 01/01/2020

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

REPRÉSENTÉ PAR Monsieur Stéphane CHAZOT, agissant en qualité de Directeur par intérim ;

Service clients : mssanteclient.mssante@mssante.fr

Objet : dénommé « F413 Santé », d'une part,

ET

(Nom de la structure) : _____
(Prénom) : _____
(Dont le rôle social est celui de) : _____

Immatriculé au RCS ou N° Siret, N° Siret, N° FINESS de la structure : _____

Représenté(e) par : _____, agissant en qualité de _____

(Après dénommé « l'opérateur »)

d'autre part,

dénommée « les parties »

Paragraphe 10 : _____

Contrat

Contrat « opérateur MSSanté » - Annexe 1

Version N°1 Contrat MSSanté
Date de validité : 01/01/2020

Déclaration d'un domaine MSSanté

Données de contact de l'opérateur

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

Données de contact de la structure

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

Données de contact de la structure

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

Données de contact de la structure

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

Annexe 1

F413

COMMANDE DE CERTIFICAT LOGICIEL

Version N°1 Contrat MSSanté
Date de validité : 01/01/2020

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DEMANDANTE (cf. partie 1 de la notice)

NOM : _____
PRÉNOM : _____
N° SIRET : _____
N° FINESS : _____
N° SIREN : _____
N° FINESS : _____

CONCORDANCE DE LA STRUCTURE DEMANDANTE (cf. partie 2 de la notice)

NOM : _____
PRÉNOM : _____
N° SIRET : _____
N° FINESS : _____
N° SIREN : _____
N° FINESS : _____

CONCORDANCE DE LA STRUCTURE DEMANDANTE (cf. partie 2 de la notice)

NOM : _____
PRÉNOM : _____
N° SIRET : _____
N° FINESS : _____
N° SIREN : _____
N° FINESS : _____

F413

Contrat « opérateur MSSanté » - Annexe 2

Version N°1 Contrat MSSanté
Date de validité : 01/01/2020

Engagement de conformité MSSanté

Engagement de conformité de l'opérateur aux exigences du DSFT
opérateurs de messagerie, au respect des dispositions de la loi informatique
et libertés et de l'article L.1111-8 du code de la santé publique

Données de contact de l'opérateur

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

Données de contact de la structure

Nom de la structure : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Département : _____
Pays : _____

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

Remplissage du pack opérateur

- 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)

Remplissage du pack opérateur

• 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.

Inscription du domaine dans l'espace de confiance MSSanté

Inscription dans la liste blanche MSSanté (<https://espacedeconfiance.mssante.fr/listeblanchemssante.xml>)

Nom du domaine de messagerie MSSanté	<input type="text" value="(Exemple : ch-xyz.mssante.fr)"/>
Description du domaine de messagerie MSSanté	<input type="text" value="(Exemple : Domaine de messagerie du CH xyz)"/>
DN du certificat logiciel serveur SSL_SERVEUR	<input type="text" value="CN=_____, OU=_____, O=_____, ST=_____, (_____), C=_____"/>

Exemple de CN : cn=ch-xyz, ou=1012345678, o=CH-xyz, st=Rhône-Alpes (57) C=FR » (se reporter au paragraphe 4.6.1 du DSET Opérateurs de messagerie)

Zone DNS (l'opérateur ne peut cocher qu'une seule case correspondant à son choix ; pour plus de détails, se reporter en page 2)

<input type="checkbox"/>	Méthode 1 : la délégation (à privilégier) (cf page 2).
Nom des serveurs DNS (primaire / secondaire) de l'opérateur :	
Primaire :	Secondaire :
<small>(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</small>	
<input type="checkbox"/>	Méthode 2 : la redirection (cf page 2).
Nom du serveur de messagerie pour MSSanté de l'opérateur :	
<small>(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</small>	

☐ Je demande le retrait du domaine de messagerie décrit ci-dessus de l'espace de confiance

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

Parapher ici



Cliquez pour accéder aux documents relatifs aux DNS

Cliquez pour poursuivre

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

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

Remplissage du pack opérateur

• 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.

COMMANDE DE CERTIFICAT LOGICIEL

DECLARATION DES HABILITATIONS

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE BENEFICIAIRE (cf. partie 2 de la notice)

Dénomination de la structure *	<input type="text"/>		
N° SIRET *	<input type="text"/>		
FINESS géographique *	<input type="text"/>		
Code postal *	<input type="text"/>	Commune *	<input type="text"/>

Si applicable

2. CONDITIONS D'ACCEPTATION DE LA COMMANDE

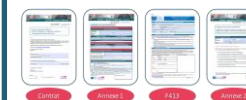
L'ASIP Santé, en tant qu'Autorité de Certification, garantit que les informations inscrites dans les données des certificats sont exactes. À ce titre, conformément aux Politiques de Certification de l'ASIP Santé en vigueur et au Contrat de commandes de produits de certification (accessibles sur <http://esante.gouv.fr/services/espace-produits-de-certification/telechargement>), l'Abonné s'engage sur les points principaux suivants :

- Il certifie être **propriétaire du nom de domaine ou sous domaine à certifier** ou disposer d'une autorisation du propriétaire pour utiliser ce nom de domaine ;
- Il s'engage à révoquer le certificat dans les plus brefs délais en cas de suspicion de compromission de la clé privée associée (le cas échéant d'en commander un nouveau) ;
- Il garantit, via sa politique de sécurité, que des mesures de protection techniques et organisationnelles sont mises en œuvre pour assurer la sécurité des clés privées associées aux certificats que l'ASIP Santé certifie ;
- Il déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des exigences afférentes à l'utilisation des certificats logiciels décrites dans le Contrat de commandes de produits de certification et plus particulièrement dans les Conditions Générales d'Utilisation des produits de certification, et précisées dans les Politiques de Certification.

Remplissage du pack opérateur

• 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. DÉTAILS DE LA DEMANDE DE CERTIFICAT LOGICIEL (cf. partie 2 de la notice)

Ces parties techniques peuvent être complétées par l'éditeur ou le distributeur de la solution logicielle que vous utilisez, sous votre responsabilité.

4.1 USAGE DES CERTIFICATS ET SOLUTION UTILISEE (cf. partie 2 de la notice)

Précisions sur l'usage des certificats et sur votre projet *	
Editeur de la solution	
Solution utilisée	

Préciser l'usage MSSanté pour le certificat logiciel

4.2 OFFRE DE CERTIFICAT SOUHAITEE (cf. partie 2 de la notice)

Cochez les offres souhaitées et renseignez les champs obligatoires.

☐ Offre certificat logiciel SERVEUR usage SSL_SERVEUR

A cocher pour les
cas de restriction

Nom de domaine d'adresse web URL avec ou sans restriction	
Ou *	
Restriction sur nom_de_serveur.nom_de_domaine	

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)

Remplissage du pack opérateur

- Formulaire 413



3. VISA ET CACHET (cf. partie 2 de la notice)

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.

La signature du présent formulaire par le représentant légal ou le mandataire entraîne l'engagement de ce dernier sur l'exactitude des informations de la partie 4 du présent formulaire et de son acceptation ainsi que celle de l'ensemble des documents constituant le Contrat de commande des produits de certification (Cf. Art. 2 des Conditions Générales d'Utilisation).

VISA DU REPRESENTANT LEGAL OU DU MANDATAIRE	CACHET DE LA STRUCTURE *
NOM * :	
PRENOM * :	
N° DE CARTE * :	
TELEPHONE * :	
EMAIL * :	
DATE * : j j m m a a a a	
SIGNATURE * :	

Indiquer le numéro de la carte CDE du responsable ou celui de la carte du mandataire uniquement lorsque ce dernier a été déclaré auprès de l'ASIP Santé (le remplissage d'un formulaire 502 est alors nécessaire).

Attention, merci de bien cacheter et signer votre document.

* informations à caractère obligatoire.

Remplissage du pack opérateur

- Formulaire 413



4.3 DÉSIGNATION DES PERSONNES AYANT LE RÔLE D'ADMINISTRATEUR TECHNIQUE (cf. partie 2 de la notice)

Renseignez les informations concernant les administrateurs techniques. Ils doivent disposer d'une carte CPS, CDE, CPE nominative, CDA ou CPA.

Nom d'exercice figurant sur la carte *	Prénom d'exercice figurant sur la carte *	N° de carte *	Téléphone *	Email *

* informations à caractère obligatoire.

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

• 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 DSFT opérateurs de messagerie, applicable¹ : 1.2.0..... (indiquer le numéro de version applicable) 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 national MSSanté,
- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour la consultation de l'Annuaire national MSSanté (uniquement si vous avez mis en œuvre cette transaction optionnelle),

☐ à l'ensemble des exigences définies pour le téléchargement des données d'identités des futurs utilisateurs finaux (uniquement si vous avez mis en œuvre cette transaction optionnelle),

- ☒ à l'ensemble des exigences définies pour la sécurité,
- ☐ à l'ensemble des autres exigences définies (synchronisation du temps, traces, statistiques, CGU).

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

Décocher cette case par principe il s'agit d'une transaction optionnelle

Remplissage du pack opérateur

• Annexe 2



Je suis responsable du traitement de messagerie sécurisée de santé :

☐

non

☒

oui : le cas échéant, je certifie avoir réalisé les formalités préalables auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés : engagement de conformité à l'autorisation unique relative à la mise en œuvre d'un traitement de messagerie sécurisée de santé.

Les données de santé collectées par mon service de messagerie sécurisée de santé doivent être conservées dans le respect des dispositions des articles L.1111-8 et R.1111-8-8 et suivants du code de la santé publique relatives à l'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support numérique.

☐

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.

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