ANNEXE 6 :

FORMULAIRE D'INFORMATION A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNELS DE SANTE

En cas de plusieurs professionnels de santé regroupés au sein d'un même lieu d'exercice (cabinet médical, ...), signer l'accord et remplir un bulletin d'adhésion par professionnel de santé.

Identification du Professionnel de Santé

Numéro d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(N° de professionnel de santé attribué par l'Assurance maladie, utilisé dans les échanges SESAM-Vitale)

Spécialité ou domaine d'activité (code et libellé) |_|_| - .....
(voir listes au verso)

Nom – prénom du Prof. de santé ou nom Ets :.....

Adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Télécopie : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

(Le bon enregistrement de votre signature par la Fnmf sera confirmé par mail)

Contact *(si différent de ci-dessus)*

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Télécopie : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

Diffusion des tables de conventions

Souhaitez-vous recevoir dans votre boîte à lettres SESAM-Vitale les fichiers permettant de mettre à jour automatiquement les tables de conventions sur votre poste de travail et concernant les groupements mutualistes adhérant à la FNMF ?

OUI **NON** *(Rayer la mention inutile)*

Si OUI, préciser l'adresse de votre boîte à lettre SESAM-Vitale :

|_____|

Si NON, obligation de les télécharger sur www.mutualite.fr/sesam-vitale ou mise à jour automatique par votre éditeur s'il propose ce service (pas de saisie manuelle).

Le signataire informera la FNMF, à l'adresse indiquée ci-dessous, en cas de modification des informations fournies.
Fait en 2 exemplaires à ..... le .....
Cachet et signature du Professionnel de Santé

SPECIMEN

Par la signature de ce document, vous autorisez la FNMF à enregistrer les informations ci-dessus dans un fichier informatique, transmis aux Groupements Mutualistes adhérents à la FNMF dans l'objectif de permettre le développement des échanges SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les Groupements Mutualistes. La FNMF s'engage à ne pas détourner le traitement de cette finalité. En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez auprès de la FNMF d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer à la communication à certaines personnes, de ces informations (article 26 L.1978). Il vous est précisé que dans ce dernier cas, ainsi que si vous ne répondez pas aux informations obligatoires, la FNMF ne sera pas en mesure d'exercer, en ce qui vous concerne, la mission d'information qui lui a été confiée par ses Groupements Mutualistes.

Adresse FNMF : **Mutualité Française - DSI Solutions Santé – 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15**
mèl : **contact.sv@mutualite.fr**

ER