



Formulaire de commande de moyens d'identification électronique de TEST (Carte de Professionnel de Santé) et de déclaration des administrateurs techniques autorisés à commander des certificats logiciels F414



1. Objet du formulaire

Le présent formulaire a pour objet de commander des moyens d'identification électronique de test (cartes et certificats logiciels) et de déclarer les cartes qui doivent être autorisées auprès de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) pour commander des certificats logiciels de test. Il est nécessaire dans le formulaire de préciser le type de cartes de test et certificats de test souhaités. Une fois les cartes habilitées pour les certificats de test, les cartes permettront de gérer le cycle de vie (demande, retrait, révocation et suivi) des certificats logiciels de tests commandés auprès de l'ANS.

2. Identification de la structure bénéficiaire *(L'ensemble des champs doit être complété)*

Dénomination de la structure				
Mention complémentaire				
FINESS (uniquement pour les structures prenant en charge des patients/usagers)				
ou N° SIRET				
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	

3. Identification du demandeur *(L'ensemble des champs doit être complété)*

Nom	
Prénom(s)	
Téléphone	
E-mail professionnel	

4. Détails de la commande de CPS de test *(L'ensemble des champs doit être complété)*

4.1 Usage des CPS de test

Précisions sur l'usage des cartes CPS de test	
Précisions sur votre projet (MSSanté, DMP, INSi, ROR, ...)	

4.2 Offre de CPS de test souhaitée

Renseignez les quantités souhaitées.

Les cartes de test sont gratuites.

La quantité recommandée par l'ANS pour les cartes de test : 5 références avec 4 quantités de chaque maximum.

❗ **Pour retrouver le détail de l'ensemble des cartes de test, veuillez consulter le [catalogue de cartes de test](#)**

Offre Kit d'intégration CPS (1 Kit est composé de 5 CPx de test)

Offre comprenant : Kit CPx de test

(CPS Médecin RPPS/CPS Médecin 8 activités
RPPS/CPS Orthophoniste /CPE opposée /CPA)

Quantité souhaitée

Offre de CPS de test individuelles

	Carte de Professionnel de Santé	Quantité souhaitée
RPPS	Médecin généraliste	
	Médecin spécialiste (pneumologue)	
	Médecin spécialiste anesthésiste	
	Médecin du travail exerçant à l'hôpital	
	Médecin libéral & salarié multi activités	
	Médecin sans activité	
	Médecin remplaçant exclusif	
	Médecin étudiant remplaçant exclusif	
	Pharmacien	
	Pharmacien remplaçant exclusif	
	Pharmacien étudiant remplaçant exclusif	
	Chirurgien-dentiste	
	Chirurgien-dentiste remplaçant exclusif	
	Chirurgien-dentiste étudiant, remplaçant exclusif	
	Sage-Femme	
	Sage-femme remplaçant exclusif	
	Sage-femme étudiant, remplaçant exclusif	
	Masseur-kinésithérapeute	
	Masseur-kinésithérapeute remplaçant exclusif	
	Pédicure-podologue	
	Infirmier	
	Infirmier libéral & salarié multi activités	
	Diététicien	
	Technicien de laboratoire	
	Manipulateur d'électroradiologie médicale	
	Opticien-lunetier	
ADELI	Orthoptiste	
	Orthophoniste	

Offre de Jeux de CPx de test		
	Jeux de Cartes de Professionnel de Santé	Quantité souhaitée
RPPS	Cabinet médical, comprenant 2 CPx test	
	Cabinet de radiologie, comprenant 3 CPx test	
	Cabinet sage-femme comprenant 2 CPx test	
	Cabinet dentaire comprenant 2 CPx test	
	Officine comprenant 3 CPx test	
	Centre de santé comprenant 6 CPx test	
	Laboratoire d'analyses médicales comprenant 2 CPx test	
	Centre hospitalier comprenant 9 CPx test	
	Cabinet infirmier, comprenant 2 CPx test	
	Etablissement fournisseur audioprothésiste directeur non PS comprenant 3 CPx test	
	Etablissement fournisseur optique directeur PS, comprenant 3 CPx test	
Autres (jeux sans CPS)	Etablissement fournisseur sans PS, comprenant 3 CPx test	
	Etablissement hors structure de soins, comprenant 2 CPx test	
	Etablissement transporteur, comprenant 3 CPx test	

Adresse de livraison :				
Dénomination de la structure				
Mention complémentaire				
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	
	Pays			

5. Détails de la demande de certificat logiciel de test (L'ensemble des champs doit être complété)

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

❗ **Pour retrouver le détail de l'ensemble des certificats, veuillez consulter le lien suivant quel certificat commander ?**

5.1 Usage des certificats de test et solution utilisée

Précisions sur l'usage des certificats de test

Précisions sur votre projet
(MSSanté, DMP, INSi, ROR, ...)

5.2 Type de certificats souhaités

Cochez les types de certificats souhaités et remplissez les informations complémentaires associées

Certificat ORG (Personne morale) usage AUTH_CLI, SIGN, CONF (Ex : DMP, ROR, Annuaire Santé...)

Certificat logiciel SERVEUR usage SSL_SERVEUR (Ex : MSSanté, Diapason, PSIG...)

Remplir l'une des lignes suivantes :

Certificat pour le nom de domaine suivant :
(Veuillez indiquer le nom de domaine souhaité / adresse web,
ex : domaine.fr)

OU certificat restreint au serveur suivant :
(Veuillez indiquer le nom de serveur spécifique,
ex : nomdeserveur.domaine.fr)

Certificat logiciel SERVEUR usage SMIME, SIGN, CONF (Ex : Messagerie HPRIM NET...)

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
(Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr)

Certificat logiciel PRO (Personne physique) usage AUTH, SIGN, CONF (Ex : Messagerie HPRIM NET...)

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
(Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr)

5.3 Désignation des cartes de test utilisées en tant qu'administrateur technique

Renseignez les informations concernant les administrateurs techniques.

Disposez-vous déjà de cartes de test en cours de validité ?

Non, les cartes de test à associer sont celles commandées dans la partie 4 de ce formulaire.

Oui, merci de saisir le numéro des cartes CPS, CDE, CPE nominative, CDA ou CPA de test :

Je certifie avoir lu et accepté les conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique .	
Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.	
Date Signature du demandeur	Cachet de la structure

Ce formulaire est à renvoyer **signé et daté, avec le cachet de la structure** à l'adresse e-mail suivante :

monserviceclient.developpement@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

6. Prochaines étapes

- 📍 En cas de commande de cartes, elles seront envoyées par courrier postal à l'adresse de livraison indiquée ;
- 📍 En cas de demande de certificat, le demandeur est informé par e-mail de la bonne réception et de la validation à commander des certificats logiciels de test
- 📍 Les cartes autorisées pour les certificats permettront de générer et retirer les certificats souhaités, en se connectant à la plateforme IGC santé à l'adresse suivante : <https://pfc.eservices.esante.gouv.fr/>.