



**MINISTÈRES
SOCIAUX**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Secrétariat général

Direction du numérique

SI Autorisations

**Manuel Prise en Main
Module Promoteur**

Point d'attention

- ❑ L'application SI Autorisation est encore en cours d'amélioration (développement Agile).

- ❑ Seules les activités ci-dessous peuvent être testées :
 - ❑ Psychiatrie
 - ❑ Hospitalisation à domicile
 - ❑ Médecine nucléaire
 - ❑ Neuroradiologie interventionnelle
 - ❑ Médecine
 - ❑ Soins médicaux et de réadaptation (mention polyvalent)

- ❑ L'envoi des mails est actif actuellement.

Sommaire

- Création du dossier
 - Prérequis
 - Connexion
 - Initiation de dossier
 - Saisir un dossier
 - Valider un dossier
- Transmission du dossier à l'ARS

Création du dossier par le promoteur

CRÉATION DU DOSSIER

Prérequis



Promoteur Gestionnaire EJ

Avoir un compte promoteur gestionnaire ou utilisateur



Consulter les
zones de
santé →

Avoir une Zone de Santé, préalablement créée par l'ARS

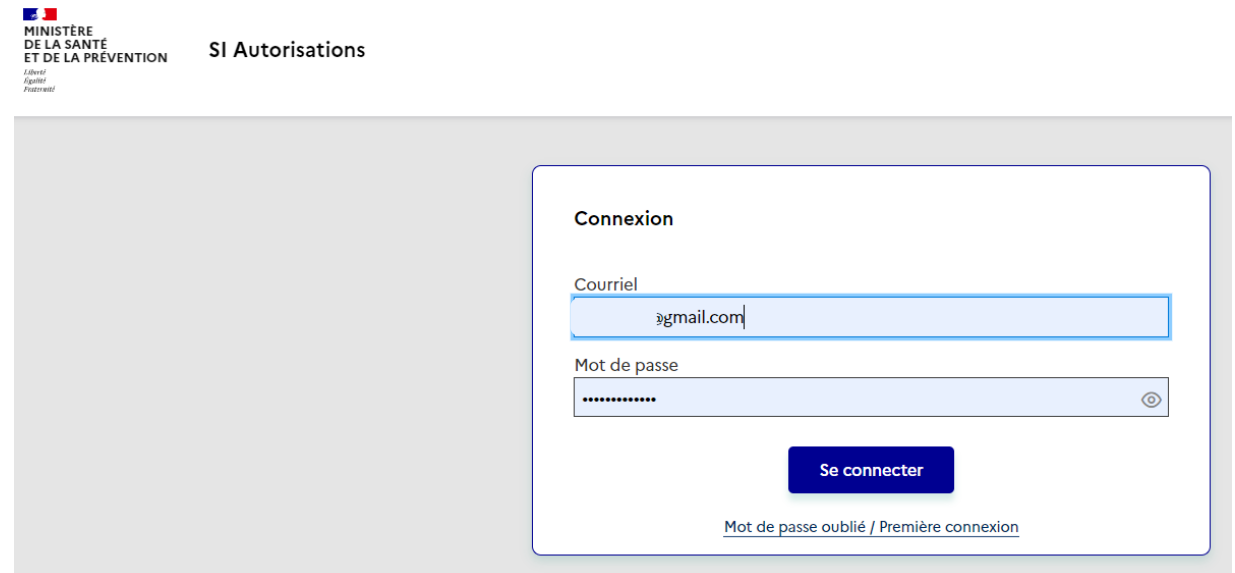


Pour toutes questions/demandes, je vous invite à vous rapprocher de votre ARS

CRÉATION DU DOSSIER

Connexion

- ❑ Cliquer sur lien suivant : [Connexion - SI Autorisations \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr)
- ❑ Se connecter avec un rôle Promoteur



The screenshot shows the login interface for 'SI Autorisations' on the 'MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION' website. The page title is 'Connexion'. It features two input fields: 'Courriel' with the text '@gmail.com' and 'Mot de passe' with masked characters. A blue 'Se connecter' button is positioned below the fields. At the bottom of the form, there is a link for 'Mot de passe oublié / Première connexion'.

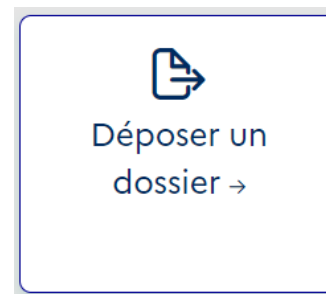


Pour toute création/modification de compte/rôle/Profil , contacter votre ARS

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Après une connexion OK
Cliquer sur l'icône Déposer un dossier



Une page **Informations générales du dossier** s'ouvre

Cliquer sur « Oui ou Non » dans **Possédez-vous un numéro FINESS**

Si OUI : Saisir votre Raison Sociale ou le n° Finess

Si NON : saisir la Raison Sociale et la région

Sélectionner Oui/Non pour « Appartenez-vous à un GHT »

Informations de la structure demandant l'activité

Possédez-vous un numéro de FINESS ET pour le site sur lequel l'autorisation est demandée ? *

Oui Non

Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée *

CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023560)

Appartenez-vous à un GHT ? *

Oui Non

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Si GHT=Oui
Sélectionner le GHT dans
la liste proposée
Sauvegarder

Informations de la structure demandant l'activité

Possédez-vous un numéro de FINESS ET pour le site sur lequel l'autorisation est demandée ? *

Oui Non

Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée *

CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023560)

Raison sociale EJ
ASSOCIATION CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023552)

Appartenez-vous à un GHT ? *

Oui Non

Nom du GHT *

Yvelines Nord

Adresse ET

i **Information**
Les informations suivantes sont issues du FINESS. En cas d'information incorrecte ou manquante, merci de contacter votre ARS. Une fois prises en compte, elles seront visibles dans votre dossier durant son traitement.

Numéro et voie
37 RUE DES ETATS GENERAUX

Code postal
78000

Région
Ile-de-France

Téléphone
-

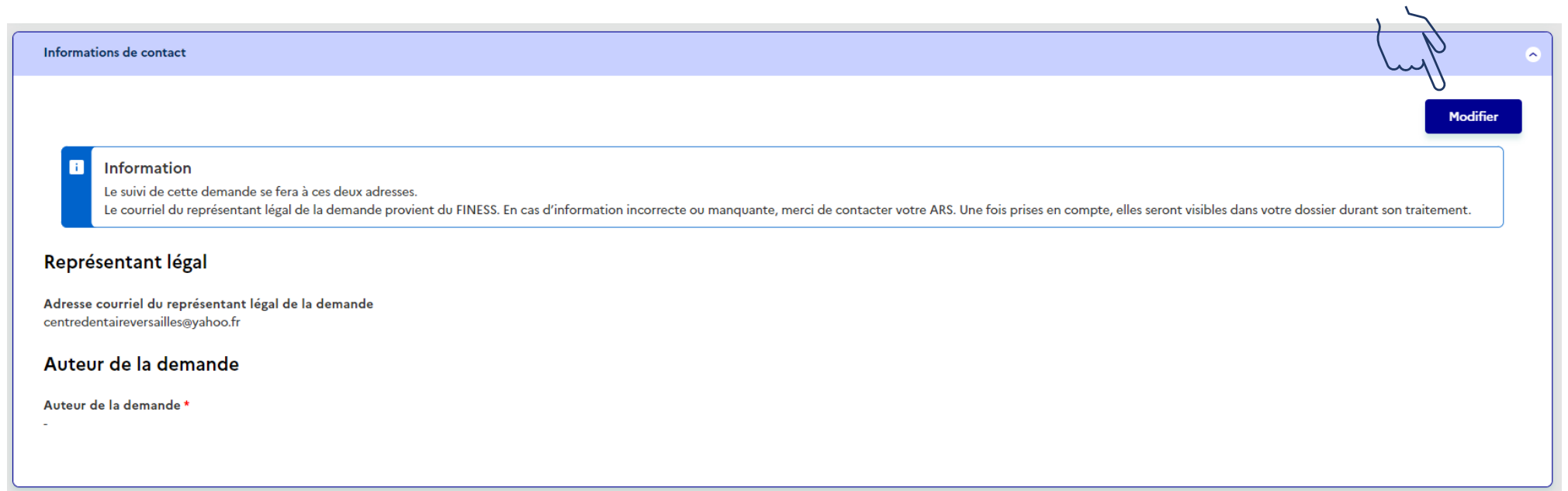
Commune
VERSAILLES

Département *
Yvelines

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Après avoir cliqué sur le bouton sauvegarder, un nouveau pavé **Informations de contact** s'ouvre
Cliquer sur le bouton modifier



Informations de contact

Information
Le suivi de cette demande se fera à ces deux adresses.
Le courriel du représentant légal de la demande provient du FINESS. En cas d'information incorrecte ou manquante, merci de contacter votre ARS. Une fois prises en compte, elles seront visibles dans votre dossier durant son traitement.

Représentant légal
Adresse courriel du représentant légal de la demande
centredentaireversailles@yahoo.fr

Auteur de la demande
Auteur de la demande *
-

Modifier

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

si le champ » Renseigner le responsable légal » n'est pas renseigné vous devez vous rapprocher de votre ARS

Renseigner les contacts de l'auteur de la demande

Cliquer sur Sauvegarder

Informations de contact

Information
Le suivi de cette demande se fera à ces deux adresses.
Le courriel du représentant légal de la demande provient du FINESS. En cas d'information incorrecte ou manquante, merci de contacter votre ARS. Une fois prises en compte, elles seront visibles dans votre dossier durant son traitement.

Représentant légal

Adresse courriel du représentant légal de la demande
tredehtaire@yahoo.fr

Adresse courriel du représentant légal de la demande
tredehtaire@yahoo.fr

Auteur de la demande

Information
Seuls les utilisateurs appartenant à l'entité géographique concernée par la demande d'autorisation ou à l'entité juridique de celle-ci, et disposant sur leur compte SI Autorisations du droit de validation des dossiers, peuvent être sélectionnés comme auteur de la demande. Ce droit est à la main des gestionnaires de votre structure définis dans le SI Autorisations.

Auteur de la demande *
Recette Metier (Promoteur Gestionnaire EJ) ▼

Adresse courriel de l'auteur de la demande
merrammani1@gmail.com

Téléphone de l'auteur de la demande
0601010101

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Une fois l'enregistrement est réalisé

Cliquer sur le bouton Modifier dans le pavé/rubrique Choix de l'activité

Choisir l'activité

Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

Activité de soins / EML *

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Chirurgie

Chirurgie cardiaque

Hospitalisation à domicile

Modifier



Rappel : Seules les activités ci-dessous peuvent être testées.

- Psychiatrie
- Hospitalisation à domicile
- Médecine nucléaire
- Neuroradiologie interventionnelle
- Médecine
- Soins médicaux et de réadaptation (mention polyvalent)

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Choisir l'activité et la modalité (le choix des quintuplés est obligatoire)

Sélectionner la Zone de santé

Sauvegarder



Rappel : Pour toute
-Question
-Création
-Modification
de la zone de santé
Rapprocher-vous de votre ARS

Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

Activité de soins / EML *
Médecine

Références juridiques

- [Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de médecine](#)
- [Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine](#)

Modalités > Mention > PTS / Déclaration *

MODALITÉ

Pas de modalité

MENTION

Pas de mention

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIFIQUE

Pas de pratique thérapeutique spécifique

DÉCLARATION

Adultes

Enfants et adolescents

Zone de santé concernée *

Zone Santé Recette métier

Annuler Sauvegarder

CRÉATION DU DOSSIER

Initier un dossier

Cliquer sur suivant

Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

Activité de soins / EML *
Médecine

Références juridiques

- [Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de médecine](#)
- [Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine](#)


Modalités > Mention > PTS / Déclaration *

- ✓ Pas de modalité
- ✓ Pas de mention
 - ✓ Pas de pratique thérapeutique spécifique
 - Adultes

Zone de santé concernée *
Zone Santé Recette métier

Modifier

Accueil Suivant



CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 1 : saisir les informations de l'activité

Cliquer sur l'icône modifier

Précédent ✕ Supprimer le dossier Voir les éléments non renseignés Accéder à la validation

Synthèse des éléments à renseigner

Activité de soins / EML

| Activité de soins / EML ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|----------------------------|--------------------|------------------|---------|
| Médecine | Incomplet | Non chargé | |

Demandes d'autorisations


| N° ↑↓ | Modalité ↑↓ | Mention ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|-------|--|----------------|--------------------|------------------|---------|
| 1 | Pas de modalité | Pas de mention | Incomplet | Non chargé | |
| 1.1 | Pas de pratique thérapeutique spécifique | Adultes | Incomplet | | |

Précédent Accéder à la validation

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 1 : saisir les informations de l'activité

Cliquer sur Modifier
Saisir Partiellement ou
complètement les informations

 **Point d'attention:**
L'ensemble des champs
mentionnés avec une étoile
rouge (*) doivent être
renseignés pour pouvoir
Sauvegarder

Dossier (id. 23-IDF-00035)
Créé le 23/09/2023 **EN COURS DE SAISIE**

CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023560)
Médecine
Zone Santé Recette métier
Contact - [Recette METIER](#)

[Historique](#)

[Modifier](#)

Avis du Comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (COSTRAT)
Si vous êtes membre d'un groupement hospitalier de territoire, veuillez insérer l'avis du comité stratégique pour chaque demande d'autorisation *

Aucun document

Convention(s) ou lettre(s) d'engagement concernant l'activité
Tout type de convention ou lettre d'engagement demandé dans ce dossier doivent être déposées ici.

Convention(s)
Aucun document

Lettre(s) d'engagement
Aucun document

Commentaire concernant la/les convention(s) et/ou la/les lettre(s) d'engagement(s) concernant l'activité
-

Justification de la demande
Descriptif du projet en lien avec l'activité de soins / EML demandé
-

Liens de la demande avec les objectifs qualitatifs du schéma régional de santé (SRS) et quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)
-

Dossier financier
Insérez les documents relatifs au dossier financier

Aucun document

Commentaire concernant le dossier financier
-

Informations relatives à l'activité de soins / EML

Avis du Comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (COSTRAT)

Si vous êtes membre d'un groupement hospitalier de territoire, veuillez insérer l'avis du comité stratégique pour chaque demande d'autorisation *

Glissez et déposez le(s) document(s), ou

[Parcourir](#)

Ce champ est obligatoire.

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Une fois les informations relatives aux soins sont renseignées

Accéder au pavé/rubrique Formulaire PDF pour l'activité de soin / EML

Télécharger le pdf – dans cet exemple « Formulaire Médecine-information relatives à l'activité »


Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Afin de renseigner les informations relatives à cette activité de soins / EML, merci de télécharger ce formulaire, de le compléter, de l'enregistrer et de le déposer dans la zone dédiée au dépôt du formulaire PDF complété ci-dessous.

Formulaire PDF à compléter *

Médecine

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité.pdf

11/09/2023 



CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Ouvrir le PDF téléchargé

Accueil > Dossiers > Constitution du dossier > Activité

Dossier (id. 23-IDF-00035) Voir l'historique

Créé le 23/09/2023 **EN COURS DE SAISIE**

CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023560)
Médecine
Zone Santé Recette métier
Contact - [Recette METIER](#)

Décrivez le budget prévisionnel de l'activité associée à la demande d'autorisation

[Annuler](#) [Sauvegarder](#)

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Afin de renseigner les informations relatives à cette activité de soins / EML, merci de télécharger ce formulaire, de le compléter, de l'enregistrer et de le déposer dans la zone dédiée au dépôt du formulaire PDF complété ci-dessous.

Formulaire PDF à compléter *

Médecine

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité.pdf 11/09/2023

Téléchargements

- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (7)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Dossier validé 23-IDF-00007_2023-09-22 (1).pdf
[Ouvrir un fichier](#)
- Dossier validé 23-IDF-00007_2023-09-22.pdf
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à la déclarati...
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à la déclarati...
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (6)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (5)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (4)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (3)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (2)....
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à la déclarati...
[Ouvrir un fichier](#)
- Formulaire Médecine - Informations relatives à la déclarati...
[Ouvrir un fichier](#)

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Compléter le document (complètement ou partiellement)

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Médecine
Formulaire relatif à l'activité Médecine

Numéro de dossier : 123456789

FINESS ET de l'établissement : 123456789

DEMANDE D'AUTORISATION
Médecine

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Médecine
Formulaire relatif à l'activité Médecine

Moyens d'hospitalisation et locaux

1) Disposez-vous sur site des deux moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel :

Lits d'hospitalisation à temps complet (HC)

Oui
 Non

Si oui - précisez le nombre d'unités (*dénomination permettant d'identifier leur spécialité*) :

azert

Si non - disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant, en proximité sur un autre site de votre établissement (EJ) ?

Oui
 Non

Si oui - décrivez la distance et l'organisation commune entre les deux sites et les filières de soins concernées (spécialités médicales) :

azert

Si non - disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant par convention avec un autre titulaire implanté sur le site et en disposant : décrivez l'organisation commune et les filières de soins concernées :

etc etc

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Enregistrer sous votre document

1 sur 6

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Médecine
Formulaire relatif à l'activité Médecine

Numéro de dossier : 123123
FINESS ET de l'établissement : 123123

DEMANDE D'AUTORISATION
Médecine

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Cliquer sur le bouton Déposer le formulaire

Parcourir, charger le formulaire

Sauvegarder

⚠ Si le bouton « déposer le formulaire » est inaccessible, rafraichir la page (F5)

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Afin de renseigner les informations relatives à cette activité de soins / EML, merci de télécharger ce formulaire, de le compléter, de l'enregistrer et de le déposer dans la zone dédiée au dépôt du formulaire PDF complété ci-dessous.

Formulaire PDF à compléter *

Médecine



Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité.pdf

11/09/2023

Déposer le formulaire

Dépôt du formulaire du dossier

Merci de déposer le formulaire complété de votre dossier.
Attention, si un document est déjà renseigné, il sera remplacé par le nouveau document.
Taille maximale : 20 Mo. Format supporté : .pdf



Glissez et déposez le(s) document(s), ou

Parcourir

Annuler

Sauvegarder

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 2 : Charger le formulaire pour l'activité

Après avoir déposé le formulaire et sauvegarder
Cliquer sur le bouton Retour à la synthèse

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Afin de renseigner les informations relatives à cette activité de soins / EML, merci de télécharger ce formulaire, de le compléter, de l'enregistrer et de le déposer dans la zone dédiée au dépôt du formulaire PDF complété ci-dessous.

Formulaire PDF à compléter *

Médecine

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité.pdf

11/09/2023

Nom du document ↑↓

Date de dépôt ↑↓

Déposé par ↑↓

Actions

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (8).pdf

23/09/2023 08:06

Recette Metier



Retour à la synthèse


CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 3 : saisir les informations de la modalité/mention



Cliquer sur l'icône modifier et réaliser les mêmes démarches que celles décrites dans la partie « Activité »

Synthèse des éléments à renseigner

Activité de soins / EML

| Activité de soins / EML ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|----------------------------|--------------------|------------------|---|
| Médecine | Incomplet | Partiellement |  |

Demands d'autorisations

| N° ↑↓ | Modalité ↑↓ | Mention ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|-------|--|----------------|--------------------|------------------|---|
| 1 | Pas de modalité | Pas de mention | Incomplet | Non chargé |  |
| 1.1 | Pas de pratique thérapeutique spécifique | Adultes | Incomplet | |  |

Précédent Accéder à la validation

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 3 : saisir les informations de la modalité/mention

Renseigner les informations demandées



L'ensemble des champs mentionnés avec une étoile rouge (*) doivent être renseignés pour passer à l'étape « validation de dossier »

Tableaux des effectifs - Etat et qualification des effectifs médicaux, de la pharmacie et de la physique médicale affectés à l'activité

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

i Pour le nombre d'ETP (Equivalent Temps Plein), renseigner une valeur numérique. Par exemple, si une personne est prévue à mi-temps sur l'activité, saisir la valeur 0,5.

Personnel obligatoire *

| Professions / Spécialités* ↓↑ | Type ↓↑ | Postes vacants | | Postes pourvus | | Actions |
|--|---------|----------------|------|----------------|------|---------|
| | | Nombre* | ETP* | Nombre* | ETP* | |
| Sélectionnez i | Adultes | 1 | 1 | 1 | 1 | ✓ ✕ |
| Autre médecin avec une expertise neurovasculaire | | | | | | |
| Autre profession contribuant aux enjeux de la radioprotection | | | | | | |
| Autres médecins spécialisés disposant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques | | | | | | |
| Cardiologue | | | | | | |
| Chirurgien | | | | | | |
| Aucune donnée | | | | | | |

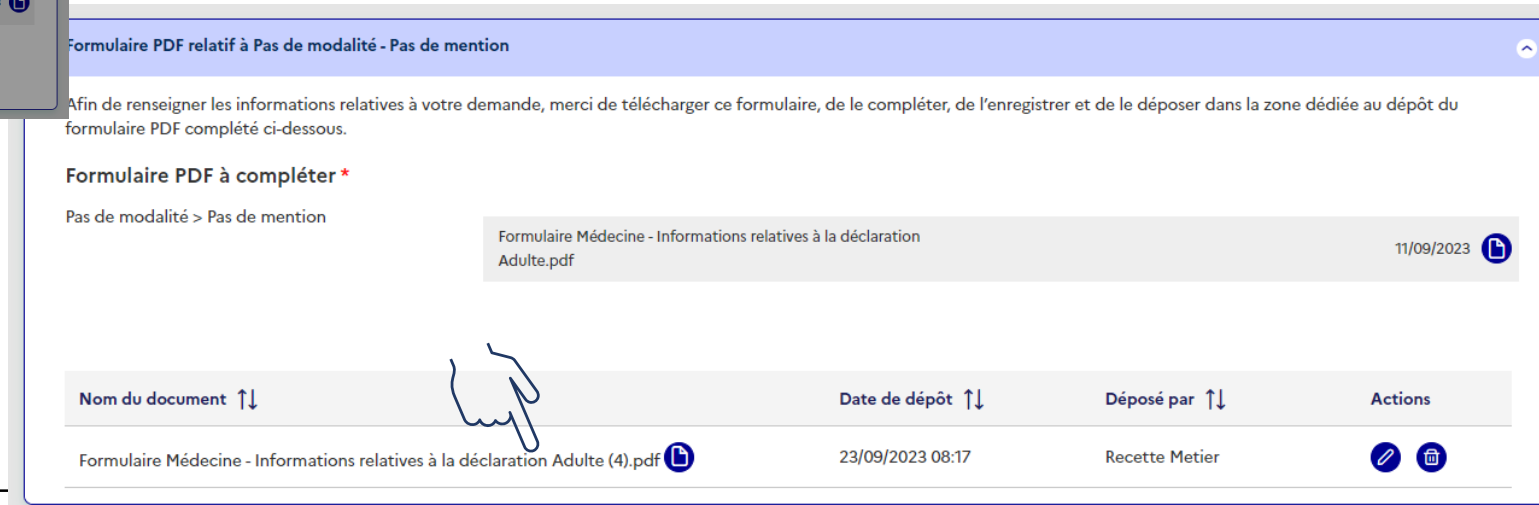
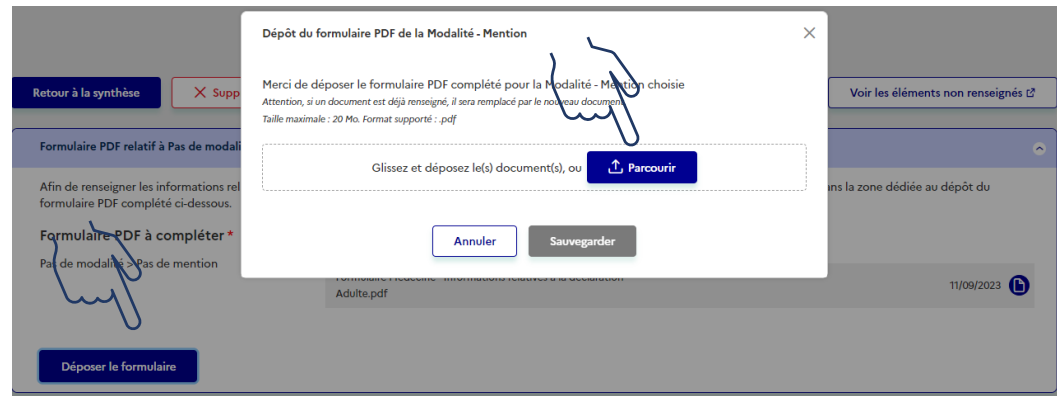
Ajouter une ligne

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 4 : Charger le formulaire relatif à la modalité/mention

Accéder à la rubrique/pavé Formulaire PDF relative à ...

Télécharger , compléter et déposer le PDF (Même Manip/démarche que l'Etape 2)




CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 5 : saisir les informations de la ligne 1.1 de modalité



Cliquer sur l'icône modifier dans la ligne 1.1

Synthèse des éléments à renseigner

Activité de soins / EML

| Activité de soins / EML ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|----------------------------|--------------------|------------------|---|
| Médecine | Incomplet | Partiellement |  |

Demandes d'autorisations

| N° ↑↓ | Modalité ↑↓ | Mention ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|-------|--|----------------|--------------------|------------------|---|
| 1 | Pas de modalité | Pas de mention | Incomplet | Non chargé |  |
| 1.1 | Pas de pratique thérapeutique spécifique | | | Incomplet |  |

Précédent Accéder à la validation

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 5 : saisir les informations de la ligne 1.1

Cliquer sur le bouton Modifier

1.1 - Pas de pratique thérapeutique spécifique - Adultes

[Modifier](#)

Mise en œuvre

Possédez-vous déjà une autorisation similaire pour cette activité ? *

-

Informations relatives à la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

Justification du choix de la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

-

Pièces jointes complémentaires

Glissez et déposez le(s) document(s), ou [Parcourir](#)

Tableau des documents déposés

| Nom du document ↑↓ | Date de dépôt ↑↓ | Déposé par ↑↓ |
|-----------------------|------------------|---------------|
| Aucun document déposé | | |

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 5 : saisir les informations de la ligne 1.1

Renseigner les informations demandées
Sauvegarder



1.1 - Pas de pratique thérapeutique spécifique - Adultes

Mise en œuvre

Possédez-vous déjà une autorisation similaire pour cette activité ?

Oui
 Non

Informations relatives à la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

Justification du choix de la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

Pièces jointes complémentaires

Tableau des documents déposés

| Nom du document ↑↓ | Date de dépôt ↑↓ | Déposé par ↑↓ |
|-----------------------|------------------|---------------|
| Aucun document déposé | | |

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 5 : saisir les informations de la ligne 1.1

Déposer une pièce-jointe si nécessaire
Cliquer sur Retour à la synthèse

1.1 - Pas de pratique thérapeutique spécifique - Adultes

[Modifier](#)

Mise en œuvre

Possédez-vous déjà une autorisation similaire pour cette activité ? *

Oui

Informations relatives à la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

Justification du choix de la pratique thérapeutique spécifique / déclaration

-

Pièces jointes complémentaires

Glissez et déposez le(s) document(s), ou [Parcourir](#)

Tableau des documents déposés

| Nom du document ↑↓ | Date de dépôt ↑↓ | Déposé par ↑↓ |
|-----------------------|------------------|---------------|
| Aucun document déposé | | |

[Retour à la synthèse](#)

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier : Etape 5 : saisir les informations de la ligne 1.1

Après avoir déposé le formulaire et sauvegarder
Cliquer sur le bouton Retour à la synthèse

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Afin de renseigner les informations relatives à cette activité de soins / EML, merci de télécharger ce formulaire, de le compléter, de l'enregistrer et de le déposer dans la zone dédiée au dépôt du formulaire PDF complété ci-dessous.

Formulaire PDF à compléter *

Médecine

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité.pdf


11/09/2023 

Nom du document ↑↓

Date de dépôt ↑↓

Déposé par ↑↓

Actions

Formulaire Médecine - Informations relatives à l'activité (8).pdf 

23/09/2023 08:06

Recette Metier

Retour à la synthèse

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier

Vérifier que l'ensemble des statuts sont à jour (si Pb penser à rafraichir la page F5)
Cliquer sur Accéder à la Validation

Précédent ✕ Supprimer le dossier Voir les éléments non renseignés [↗](#) Accéder à la validation

Synthèse des éléments à renseigner

Activité de soins / EML

| Activité de soins / EML ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|----------------------------|--------------------|------------------|---------|
| Médecine | Partiellement | Partiellement | |

Demandes d'autorisations

| N° ↑↓ | Modalité ↑↓ | Mention ↑↓ | Données (appli) ↑↓ | Données (PDF) ↑↓ | Actions |
|-------|--|----------------|--------------------|------------------|---------|
| 1 | Pas de modalité | Pas de mention | Partiellement | Partiellement | |
| 1.1 | Pas de pratique thérapeutique spécifique | Adultes | Complet | | |

Précédent Accéder à la validation

CRÉATION DU DOSSIER

Saisir un dossier

Cliquer sur le bouton Confirmer pour
Accéder aux engagements et à la
validation du dossier

The screenshot shows a web application interface with a confirmation dialog box. The dialog box is titled "Accéder aux engagements et à la validation du dossier" and contains the text: "Confirmez-vous le passage vers les engagements et la validation pour ce dossier ?" and "Une fois confirmé, le contenu du dossier ne sera plus modifiable. Pour le modifier, il faudra rouvrir le dossier en modification, ce qui annulera la validation." Below the text are two buttons: "Annuler" and "Confirmer". A hand icon is pointing to the "Confirmer" button. The background shows a table with columns for dossier details and status.

| Synthèse des éléments à renseigner | | | | | |
|------------------------------------|--|----------------|---------------|---------------|--|
| 1 | Pas de modalité | Pas de mention | Partiellement | Partiellement | |
| 1.1 | Pas de pratique thérapeutique spécifique | Adultes | Complet | | |

CRÉATION DU DOSSIER

Validation du dossier

Cliquer sur le bouton Modifier

Précédent Rouvrir en modification Voir les éléments non renseignés ↗

✓ **Dossier soumis pour validation**
Dossier soumis pour validation le 23/09/2023 à 08:37 par Recette Metier.

Engagements du demandeur Modifier

Je soussigné(e) *

En qualité de *
-

m'engage * :

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article [L.6123-1](#),
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en application de l'article [L.6124-1](#),
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci,
- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article [L.6122-5](#) dans les conditions prévues à l'article [R.6122-23](#), intégrant le cas échéant les indicateurs d'évaluation mentionnés à l'article [R.6122-24](#),
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article [L.6122-5](#).

Fait à * -, le * -

Récapitulatif de la demande

Exporter le récapitulatif

Dépôt du récapitulatif du dossier validé

Merci de déposer le récapitulatif de votre dossier dont les engagements sont complétés avec la signature du représentant légal et le cachet de l'établissement. *

Déposer le formulaire

Précédent Rouvrir en modification


DÉPÔT DU DOSSIER PAR LE PROMOTEUR

Validation du dossier

Renseigner l'ensemble des informations demandées

Les engagements doivent être cochés complètement pour pouvoir passer à l'étape suivante

Sauvegarder

 **Dossier soumis pour validation**
Dossier soumis pour validation le 23/09/2023 à 08:37 par Recette Metier.

Engagements du demandeur

Je soussigné(e) *
M.

En qualité de *

m'engage * :

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article [L.6123-1](#),
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en application de l'article [L.6124-1](#),
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci,
- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article [L.6122-5](#) dans les conditions prévues à l'article [R.6122-23](#), intégrant le cas échéant les indicateurs d'évaluation mentionnés à l'article [R.6122-24](#),
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article [L.6122-5](#).

Fait à le 

CRÉATION DU DOSSIER

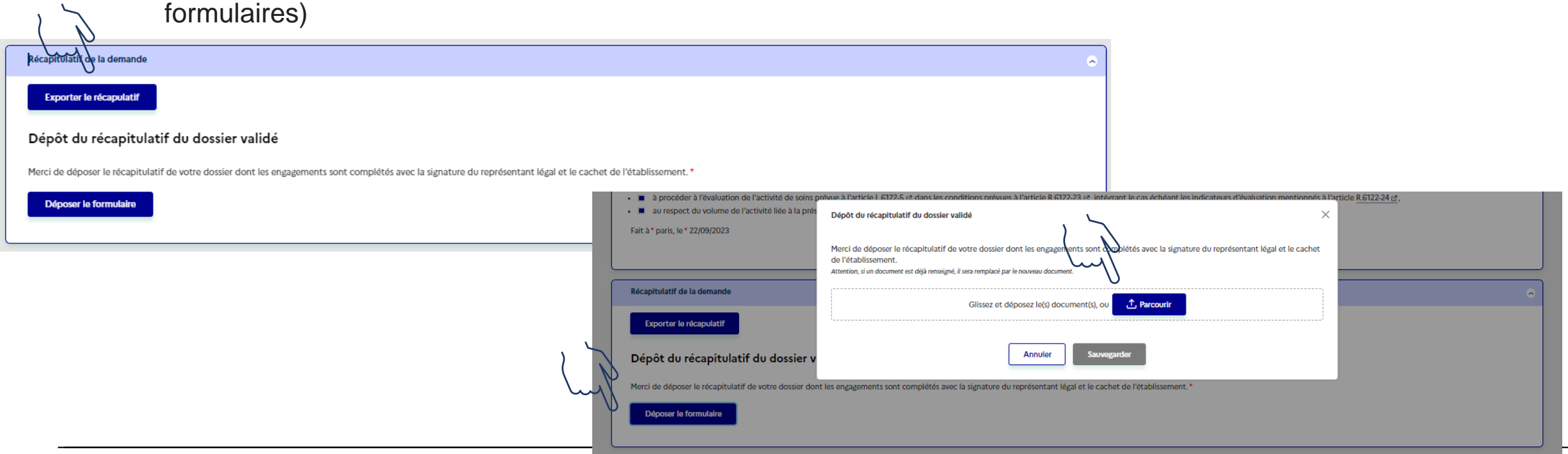
Validation du dossier

Accéder à la rubrique « Récapitulatif de la demande »

Exporter le récapitulatif

Signer le récapitulatif (manuellement ou électroniquement)

Déposer le récapitulatif en cliquant sur le bouton Déposer (même démarche/manip que les anciens dépôts de formulaires)



The screenshot displays the 'Récapitulatif de la demande' page. At the top left, there is a blue header with the text 'Récapitulatif de la demande'. Below this, there is a blue button labeled 'Exporter le récapitulatif'. The main content area is titled 'Dépôt du récapitulatif du dossier validé' and contains the text: 'Merci de déposer le récapitulatif de votre dossier dont les engagements sont complétés avec la signature du représentant légal et le cachet de l'établissement.*'. At the bottom of this section is a blue button labeled 'Déposer le formulaire'. A modal dialog is open in the foreground, titled 'Dépôt du récapitulatif du dossier validé'. It contains the same text as the main page and a dashed box for document upload with a 'Parcourir' button. Below the dashed box are 'Annuler' and 'Sauvegarder' buttons. A hand icon is pointing to the 'Parcourir' button in the modal.

CRÉATION DU DOSSIER

Validation du dossier

Cliquer sur le bouton
Valider le dossier
Cliquer ensuite sur confirmer

Dossier (id. 23-IDF-00035) Créé le 23/09/2023 A VALIDER

CENTRE DENTAIRE VERSAILLES (780023560)
Médecine
Zone Santé Recette métier
Contact - [Recette METIER](#)

[Modifier](#)

Je soussigné(e) *,
M. métier R7

En qualité de *
Promoteur

m'engage * :

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en applica
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le re
- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article L.6122-5 [et](#) dans les con
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la cha

Fait à * paris, le * 22/09/2023

Validation du dossier

Confirmez-vous la validation du dossier ?

Une fois confirmé, le contenu de cet écran ne sera plus modifiable ; et le dossier sera transmissible dans le cadre d'une fenêtre de dépôt.
Pour le modifier, il faudra rouvrir le dossier en modification, ce qui annulera la validation.

[X Annuler](#) [✓ Confirmer](#)

Récapitulatif de la demande

Dépôt du récapitulatif du dossier validé

Merci de déposer le récapitulatif de votre dossier dont les engagements sont complétés avec la signature du représentant légal et le cachet de l'établissement. *

Récapitulatif de la demande

| Nom du document ↑↓ | Date de dépôt ↑↓ | Déposé par ↑↓ | Actions |
|--|------------------|----------------|---------|
| Dossier validé 23-IDF-00035_2023-09-23.pdf | 23/09/2023 08:45 | Recette Metier | |

[Précédent](#) [Rouvrir en modification](#) [Valider le dossier](#)

Transmission du dossier

TRANSMISSION DU DOSSIER

Transmission du dossier à l'ARS



Avoir une fenêtre de dépôt active/ouverte

Une fois que le dossier est validé

Le bouton Transmettre à l'ARS devient accessible, si une fenêtre de dépôt concernant l'activité/zone de santé concernées est active.

Cliquez sur « Transmettre à l'ARS » : vous recevez dans les minutes qui suivent un accusé réception par email.

Transmission du dossier à l'ARS

Fenêtre de dépôt disponible
Une fenêtre de dépôt est actuellement ouverte dans votre région pour l'activité sélectionnée. Vous pouvez transmettre le dossier une fois celui-ci validé.

Prochaine fenêtre de dépôt

| Région ↑↓ | Date de début ↑↓ | Date de fin ↑↓ | Documents |
|---------------|------------------|----------------|-----------|
| Ile-de-France | 21/09/2023 | 21/11/2023 | |

Transmettre à l'ARS

Précédent Rouvrir en modification