

**RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE
DES HAUTS DE FRANCE
(ONCO HAUTS DE France)**

Association Régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Déclarée auprès de la Préfecture du Nord

**SIREN/SIRET : 830.863.973.00012
APE : 9412 Z**

**ACCEPTATION DES CONDITIONS
DES ACTES DE SOINS
DANS LE CADRE DES REMUNERATIONS
SPECIFIQUES**

Correspondant :
DALMIER Mathilde

DOC-ADM-048-Année 2018

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr :

psychologue à

accepte de prendre en charge, dans le cadre des rémunérations spécifiques au sein du réseau ONCO HAUTS DE FRANCE

Mme, Mr (Nom et Prénom du patient)

adresse

Cochez les cases correspondantes :

- Patient Proche (aidant)
 Adulte AJA (15-25 ans) Enfant (0-14 ans)

aux conditions définies dans la fiche « les critères et modalités de consultations dans le cadre des rémunérations spécifiques » qui m'a été remise.

La rémunération, de : (cochez la case correspondante) me sera établie tous les mois :

- 35€ par intervention en mon cabinet,**
 50€ par intervention au domicile du patient

après que j'ai envoyé, pour chaque personne prise en charge, une demande d'honoraires mensuelle globale à ONCO HAUTS DE FRANCE.

J'ai bien compris que j'exerçais sous ma responsabilité personnelle et je possède une assurance professionnelle personnelle.

Je m'engage à participer à une réunion de supervision afin d'améliorer le service rendu aux patients, de suivre l'évolution du projet « rémunérations spécifiques » et à travailler en bonne coordination avec le référent psychologue du projet, chargé de l'animation de cette prestation.

Fait le à

Signature du psychologue

Correspondance à adresser à :



**RESEAU REGIONAL DE
CANCEROLOGIE DES HAUTS
DE FRANCE**
1A rue Jean Walter
59000 LILLE



mathilde.dalmier@onco-hdf.fr



Tél. 03.2013.72.10

Fax 03.20.86.11.27