



## **IMPULSION**

### **DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT**

#### **ACCORD PROFESSIONNEL INTERVENANT**

L'association ACTIONS CROISEES vous propose d'adhérer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION ».

L'intervenant déclare être informé des conditions de fonctionnement du dispositif IMPULSION.

IMPULSION prévoit les modalités de paiement de chaque consultation/intervention de manière bipartite. Pour chaque intervention, le professionnel délivrera une facture au bénéficiaire des soins accompagnée d'un duplicata. La facture devra intégrer les coordonnées bancaires permettant d'assurer la possibilité d'un virement bancaire.

Le bénéficiaire sera responsable du paiement de 50% du montant total de la facture.

ACTIONS CROISEES, dès réception du duplicata de facture par l'intermédiaire du patient ou bien du professionnel via messagerie (actions.croisees@gmail.com), effectuera le virement correspondant aux 50% du montant restant dû.

L'intervenant déclare être informé que le patient a donné son accord pour que les factures produites, intègrent son nom et prénom afin de faciliter le suivi personnalisé du parcours.

L'intervenant peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement IMPULSION.

☐ OUI, je souhaite participer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION » et accepte les conditions de paiement

☐ NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer en soins oncologiques de support intitulé « IMPULSION »

Afin de valider votre participation, merci de bien vouloir compléter le bulletin en majuscules et au stylo à bille, et le signer.

Nous vous remercions de remettre ce document signé au patient afin qu'il puisse le fournir en compagnie du duplicata de la facture au trésorier de l'association ACTIONS CROISEES.

Vous pouvez également nous renvoyer le bulletin signé ainsi que le duplicata de facture directement à l'adresse électronique suivante : [actions.croisees@gmail.com](mailto:actions.croisees@gmail.com)

Identification du patient :

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Identification du professionnel intervenant dans le cadre du dispositif IMPULSION :

Nom et Prénom : .....

Adresse :

.....

.....

Téléphone : .....

Email : .....

Fait le : .....

Nom du professionnel Intervenant.....

Signature :