

DE L'ORDONNANCE AU CONSEIL ASSOCIE : Les bonnes pratiques quotidiennes

Une journée pour positionner le dialogue permettant à la fois la délivrance de l'ordonnance dans une démarche globale de prise en charge du patient, et l'ouverture sur les conseils associés

CLERMONT-FERRAND

Le 8 novembre 2019
HOTEL OCEANIA / 9h à 17h30

THEMES ABORDES

1ère partie :

L'importance de l'accueil

La prise en charge du patient- client et les spécificités de l'ordonnance, lever nos freins, langage positif

Les différentes étapes du conseil associé à l'ordonnance

2ème partie :

Méthode et outils pour faire plus qu'une simple délivrance

Conseils officinaux

Etude des pathologies les plus courantes

Mises en situations

3ème partie :

Illustration sur des cas d'ordonnance (dermato, ORL, gynécologie,...)

Points forts : Stage Interactif

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

TOUTES NOS FORMATIONS SONT PRISES EN CHARGE PAR LE
FIF-PL ET ACTALIANS
(FONDS POUR LA FORMATION DES PROFESSIONS LIBÉRALES ET DE LEURS SALARIÉS)

Titulaires (FIF-PL) :

Form'UTIP vous facilite les démarches pour le remboursement

Participation annuelle par le FIF-PL de 1 200 € HT

Prix de la formation 248 € HT / jour

(remboursement FIF-PL sous réserve des conditions réunies - barème 2019)

Frais de journée 43 € HT par jour

Adjointes et Préparateurs Diplômés (ACTALIANS) :

Form'UTIP fonctionne en tiers payant avec ACTALIANS

Seulement 43 € HT (soit 51,60 € TTC) par jour et par stagiaire seront facturés.

Le déjeuner est compris (remboursement de 15 € HT par ACTALIANS)

Frais kilométriques (0,25 € HT/km), si dîner + nuitée (85 € HT)

Attention ! Pas de prise en charge de nuitée en dessous de 200 km aller/retour

Remboursement forfaitaire de salaire

(par Actaliens sous réserve des conditions réunies)

BULLETIN D'INSCRIPTION

A RETOURNER PAR FAX AU **05 61 63 10 22** ou PAR MAIL : **info@formutip.fr**
FORM'UTIP TOULOUSE

De l'ordonnance au conseil associé – Le 8 novembre 2019 - CLERMONT-FERRAND

Nom et Prénom du participant :

Fonction : N° RPPS (si Pharmacien)

Nom et Prénom du participant :

Fonction : N° RPPS. (si Pharmacien)

Nom et Prénom du Titulaire : N° RPPS

Adresse de la Pharmacie :

CP / _ / _ / _ / _ / _ / Ville :

Tel : Fax : Email :