

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

BESANCON

Le 20 novembre 2019

HOTEL IBIS STYLES (EX NOVOTEL) / 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 20 novembre 2019 - BESANCON

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 :