

## **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

### **BOURGES**

**Le 6 décembre 2019**

**HOTEL NOVOTEL BOURGES / 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 6 décembre 2019 - BOURGES**

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 : .....