



## Fiche de participation Expérimentation URPS Pharmaciens PACA

Je soussigné(e),

- J'accepte de participer au(x) programme(s) **expérimental(aux) proposé par l'URPS Pharmaciens PACA** coordonné(s) par le Dr Felicia Ferrera au sein de l'URPS Pharmaciens PACA, conformément au(x) formation(s) méthodes et techniques d'accompagnement du patient présentée dans le(s) guide(s) mis à ma disposition.
  
- Je suis d'accord pour que mon **Nom** et celui de ma **Pharmacie** apparaissent sur le site de l'URPS Pharmaciens PACA dans la liste des pharmacies participantes aux expérimentations et accessibles à tous publics.
  
- Je m'engage à suivre le patient selon la méthode proposée. Je m'engage à suivre les formations pré-requises.
  
- Je m'engage à mettre les informations concernant les soins pharmaceutiques dispensés dans ce cadre à la disposition des évaluateurs de(s) (l')expérimentation(s).
  
- Je m'engage à répondre aux questions de l'évaluateur dans le cadre du reporting de l'expérimentation.
  
- Je suis d'accord pour que les évaluateurs utilisent le témoignage de mes actions, organisation et résultats dans le cadre de publications destinées à promouvoir le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des patients.

**Fait à**.....

**Le**.....

**Signature et tampon de la Pharmacie**

<b>Renseignements obligatoires</b>	
<b>Mail de la pharmacie</b>	
<b>Téléphone portable</b>	
<b>Téléphone de la pharmacie</b>	

## Procédure de recueil d'informations et de facturation 2026 pour les expérimentations

### Pour participer aux expérimentations :

- **Pré-requis :**
  - Inscription auprès de l'URPS
  - Formation Universitaire ou DPC à la méthode de suivi et au recueil des données.

### Création d'un code client organisme :

**Dans votre logiciel créez : URPS Pharmaciens PACA - 37/ 39, bd Vincent Delpuech, 13006 Marseille**

Ce code client est destiné à basculer les actes facturés au patient et à vous faire rémunérer par l'URPS.

### Pour obtenir une rémunération des actes réalisés

**1- Créer les produits exactement libellés comme demandé par l'URPS**

**2- Adresser une facture par type d'expérimentation :**

Exemple : vous participez aux expérimentations TABAC ,HTA, Pharm'DT2, Pharm'obs, CNO, vous envoyez des factures séparées pour le TABAC, HTA, Pharm'DT2, Pharm'obs, CNO.

**3- Ce que doit comporter la facture :**

- Elle doit être issue de votre LGO
- Elle est mensuelle du premier jour du mois au dernier jour du mois (pour éviter les chevauchements 😊)
- Elle doit comporter les mentions légales (adresse ...)

**4- Le montant par ligne et le total général**

**5- Nous vous indiquons le montant total.**

**6- La facture ne doit comporter aucun nom de patient :**

A ce jour, l'URPS décline toute responsabilité quant au montant de TVA à appliquer sur ces facturations d'actes pharmaceutiques aux patients et nous vous laissons le soin de gérer cela avec vos experts comptables.

## Création de produits :

Le libellé des produits que vous allez créer doit être strictement identique à celui proposé dans le tableau de facturation ci-dessous afin de permettre une évaluation précise du programme. En cas de différence avec le libellé proposé les factures devront être refaites par la pharmacie, ou ne seront pas payées.

### Pour le sevrage tabagique

Nom du produit A libellé strictement ainsi	Cochez la case en lien avec votre entretien pharmaceutique	Montant à facturer à l'URPS €
EPTBC Entretien Initial		<b>30€</b>
EPTBC Entretien suivi 1		<b>5€</b>
EPTBC Entretien suivi 2		<b>5€</b>
EPTBC Entretien suivi 3		<b>5€</b>
EPTBC Entretien Motivationnel		<b>15€</b>

**Libeller strictement les noms des produits**

## Mise à disposition des éléments pour l'évaluateur

A chaque soin pharmaceutique réalisé (entretien tabac, évaluation de l'observance...) je déposerai une trace écrite dans mon LGO et je la tiendrai à disposition de l'évaluateur si besoin.

L'archivage des dossiers de suivi selon le modèle élaboré par l'URPS sera tenu à la disposition de l'évaluateur.