

CORRIGÉ

ANNEXE 5 TABLEAU RÉCAPITULATIF

Calcul des quantités

Lasilix – bte de 20 – (1 x 28 j) = 28 comprimés → 2 boîtes
Seresta – bte de 20 – 1 boîte – (pas de posologie détaillée)
Solupsan – bte de 20 – 4 boîtes

| Nom du produit | Taux de remboursement | Stock | Quantité à retirer (périmés) | Quantité à délivrer | Quantité à commander |
|------------------|-----------------------|-------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| Lasilix | 65 % | 93 | 93 (05/02) | 2 | 2 |
| Seresta | 65 % | 3 | - | 1 | - |
| Solupsan | 65 % | 3 | 3 (10/01) | 4 | 4 |
| Solutricine | NR | 98 | - | 1 | - |
| Septivon | 65 % | 6 | - | 1 | - |
| Compresses 30x30 | 65 % | 75 | - | 2 | - |

Administrativement, l'ordonnance est-elle conforme ?

- manque signature du médecin

C.A.P.

Spécialité : EMPLOYÉ EN PHARMACIE

Code Spécialité :

Durée :
1h30

Session
2003

Épreuve : Approvisionnement d'une ordonnance

N° Sujet : 02-181.

Coefficient:
3

Folio
114



Joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*01

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur
(Art. R 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Annexe 4.

CORRIGE

date d'élaboration

bénéficiaire des soins et assuré(e) (*)

● **bénéficiaire des soins** (les nom et prénom du patient sont obligatoirement remplis par le pharmacien ou le fournisseur)

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

LECLERCQ Philippe

en cas de dispense d'avance des frais
code organisme
de rattachement

numéro d'immatriculation (*)

(si celui-ci ne vous a pas été communiqué, remplissez la ligne suivante)

date de naissance du bénéficiaire des soins

17091979

rang de naissance, si jumeaux

● **assuré** (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

LECLERCQ Jean-Claude

numéro d'immatriculation

1490759654 117

● **adresse** à préciser uniquement en cas de changement définitif ou en cas de changement d'organisme d'assurance maladie

pharmacien ou fournisseur

● **identification du pharmacien ou du fournisseur**

prescripteur

n° d'identification 591116132

Pharmacie De la gare
7 rue de l'orée du Stade
59000 Lille

nom

J.-E. ESQUELISSE

prestation ou traitement prescrit le

03/06/2002

entente préalable du

conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

RISQUE:

maladie exonération du ticket modérateur : non oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD soins en rapport avec K>=50 soins en rapport avec action de prévention autre

accident causé par un tiers non oui date soins en rapport avec art. L 115

AT/MP

numéro

ou

date

produits et prestations délivrés

(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

tarification détaillée (*)

| Code CIP | Designation | QU | PU Pub | Base | Total | Tx Remb |
|----------|------------------|----|--------|------|-------|---------|
| 3057348 | Lasilix 40mg | 2 | 2,91 | 2,91 | 5,82 | 65% |
| 3095969 | Seresta 50mg | 1 | 2,94 | 2,94 | 2,94 | 65% |
| 3247876 | Solupsan 500mg | 4 | 2,36 | 2,36 | 9,44 | 65% |
| 3231326 | Solubricin Vit C | 1 | 5,03 | - | 5,03 | NR |
| 3129332 | Septivon | 1 | 4,76 | 4,76 | 4,76 | 65% |
| 6551907 | Compens St30x30 | 2 | 1,65 | 1,65 | 3,30 | 65% |

Nombre de vignettes : 10

Nombre de produits : 11

coller les vignettes des
médicaments ou
les étiquettes au TIPS
dans l'ordre de la
prescription

Caisse N° N1 part SS: 17,07€

Mutuelle N° part Mut: 9,19€

Assuré 5,03€

règlement (*) (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MONTANT TOTAL
en francs

205,25 F

MONTANT TOTAL
en euros

31,29 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
et du fournisseur

Pharmacie de la Gare

signature de
l'assuré(e)

leclercq

absence de
signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 et L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

(*) voir notice au verso

CORRIGÉ

TRAVAIL N° 1 voir annexe **10 points**

TRAVAIL N° 2 D C Soldes **4 points**

03/06/2002 – Facture d'avoir n° A98

| | |
|----------|----------|
| 310,94 € | 998,06 € |
|----------|----------|

TRAVAIL N° 3 voir annexe **10 points**

TRAVAIL 4 **6 points**

$$PVTTC = \underbrace{\frac{19,82 \times 100}{70}}_{3 \text{ points}} \times \underbrace{1,196}_{3 \text{ points}} = 33,86 \text{ €}$$

ANNEXE 1

LABORATOIRE DE COSMÉTIQUE B.O.T.

AVOIR N° A98

DU 05/06/2002

| |
|--|
| PHARMACIE BONNEMINE 2, rue de la Plage 62480 LE PORTEL |
|--|

| Réf. | Désignation | Unité | Quantité | P.U.H.T. | Montant H.T. |
|--------|--------------------------|-------|----------|----------|--------------|
| 160110 | HUILE BODY SUN | | 10 | 19,82 | 198,20 € |
| 140310 | FLASH BEAUTÉ | | 3 | 12,96 | 38,88 € |
| 110334 | CAPSULES BEAUTÉ | | 2 | 18,29 | 36,58 € |
| | | | | | 273,66 € |
| | Remise 5 % | | | | 13,68 € |
| | Total Hors Taxes..... | | | | 259,98 € |
| | T.V.A. | | | | 50,96 € |
| | Net à votre crédit | | | | 310,94 € |

C.A.P.

Spécialité : **EMPLOYÉ EN PHARMACIE**

Code Spécialité :

Durée :
1h30

Session
2003

Épreuve : Travail sur document administratif

N° Sujet : **02-181.**

Coefficient:
3

Folio
3/4

CORRIGÉ ANNEXE 2

LABORATOIRE B.O.T.

Contre cette LETTRE DE CHANGE
stipulée SANS FRAIS
veuillez payer la somme indiquée
ci-dessous à l'ordre de : *nous-mêmes*

| | | | | | |
|--|------------------|--------------|---------------|---|------------|
| MONTANT POUR CONTROLE | DATE DE CREATION | ECHANCE | REF TIRE | L C R seulement | F. MONTANT |
| 998,06 € | 04.06.02 | 31.07.02 | | | 998,06 € |
| RIB du TIRE | | | DOMICILIATION | | |
| code établi | code guichet | N° de compte | Clé RIB | <p style="font-size: small;">Droit de Timbre et Signature</p> <p style="font-size: large; text-align: center;"><i>CCP LILIE</i></p> <p style="font-size: large; text-align: right;"><i>Laboratoire B.O.T.</i></p> | |
| code établi | code guichet | N° de compte | Clé RIB | | |
| <p style="font-size: small;">NOM et ADRESSE du TIRE</p> <p style="font-size: large;"><i>PHARMACIE BONNEMINE</i></p> <p style="font-size: large;"><i>2, rue de la Plage</i></p> <p style="font-size: large;"><i>62480 LI PORTEL</i></p> | | | | | |

CEPTATION OU AVAL ▲

ne rien inscrire au-dessous de cette ligne ▼

| | | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|------------------------|
| C.A.P. | Spécialité : EMPLOYÉ EN PHARMACIE | Code Spécialité : | Durée : 1h30 | Session 2003 |
| Épreuve : Travail sur document administratif | | | Coefficient: 3 | Folio 4/4 |
| | | | N° Sujet : 02-181. | |