

REALISATIONS COMMERCIALES

Avant de commencer l'épreuve vous devez :

Tirer au sort un sujet comprenant

1°) une question en rapport avec le cours de Prise de mesures.

2°) la prescription de votre sujet client, précisant sa profession et son loisir principal

3°) la mise en situation d'une mise en situation d'une vente n'ayant aucun rapport avec la question précédente appelée : << Scénario de vente >>

Lire les trois sujets en entier

PREPARATION : 60 minutes

1°) Répondre à la question n° 1

(Préparer votre plan par écrit) Temps conseillé : 20minutes

2°) Répondre à la question n° 2

Sans votre sujet client, étudier toutes les propositions de verres possibles adaptées à la prescription et aux activités du sujet client. Temps conseillé : 40minutes

PASSAGE DEVANT LE JURY :
60 minutes

1°) PRESENTATION DE LA QUESTION N°1

(Temps conseillé : 10 minutes)

2°) AJUSTAGE SUR LE SUJET CLIENT DE LA MONTURE CHOISIE

(Temps conseillé : 10minutes)

BEP Spécialité : OPTIQUE LUNETTERIE Code spécialité : 5131201	Durée : 1h + 1h	Session : 2004
Epreuve : EP2 Intervention en magasinN° sujet : 02-2141	Coefficient : 9	Folio : 1/5

3°) PRISES DE MESURES DES ECARTS PUPILLAIRES ET HAUTEURS DU CLIENT

(Temps conseillé : 10minutes)

4°) ARGUMENTATION

- Développer toute votre argumentation et donner les conseils d'utilisation pour le choix de la monture et des verres, en fonction de l'ordonnance et des activités de votre client sujet.

- Arrêter votre choix définitif de verres et de monture.

(Temps conseillé : 10 minutes)

5°) COMPLETER LES DOCUMENTS DE VENTE

- Fiche client jointe

- Devis

- Facture

- Feuille de sécurité sociale

(Temps conseillé : 10 minutes)

6°) ETUDE D'UN SCENARIO INDEPENDANT DE LA PRESCRIPTION PRECEDENTE.

- Développer vos réflexions personnelles sur ce scénario.

(Temps conseillé : 10 minutes)

BEP Spécialité : OPTIQUE LUNETTERIE Code spécialité : 5131201	Durée : 1h + 1h	Session : 2004
Epreuve : EP2 Intervention en magasinN° sujet : 02-2141	Coefficient : 9	Folio : 2/5

FICHE CLIENT

A compléter devant jury

NOM :Bienvenu**PRENOM** :Claude**Date et lieu de naissance** : 03/03/19 ?? à Paris 15e**Adresse** : 119 Boulevard du Montparnasse PARIS 75015**Téléphone domicile** : 01 47 56 07 21**Téléphone professionnel** : 01 45 54 85 41**Portable** : 06 61 39 48 55**DATE DE CREATION DE LA FICHE** :**MONTURE**

Fabricant :

Référence : Taille : Coloris :

VERRES

Type : Diamètre : Teinte :

Traitements :

Date de l'ordonnance : Nom du Médecin :

PRESCRIPTION**OD** :**OG** :**VL****VP****VI**

Unifocaux

Multifocaux

Progressifs

½ Ecart pupillaires

Hauteurs pupilles

(par rapport à la tangente inf. du calibre)

VL OD :**OD** :**OG** :**OG** :**VP****OD** :**OG** :**REMARQUES EVENTUELLES** :**DEVIS TTC (A compléter devant jury)****MONTURE** : 110,00 euros**VERRES** : OD : euros

OG : euros

DIVERS : euros**TOTAL** : eurosBEP Spécialité : **OPTIQUE LUNETTERIE**
Code spécialité : 5131201

Durée : 1h + 1h

Session : 2004

Epreuve : **EP2 Intervention en magasin**
.....N° sujet : 02-2141

Coefficient : 9

Folio : 3/5

FACTURE

(à compléter devant jury)

Date de la facture :

NOM :

PRENOM(S) :

ADRESSE :

.....
.....
.....

ARTICLE	CODE TIPS	REMBOURSEMENT	PRIX DE VENTE TTC
Monture			
Verre droit			
Verre gauche			
Totaux			

TOTAL TOUTES TAXE : Euros

TVA : Euros

BEP Spécialité : OPTIQUE LUNETTERIE Code spécialité : 5131201	Durée : 1h + 1h	Session : 2004
Epreuve : EP2 Intervention en magasinN° sujet : 02-2141	Coefficient : 9	Folio : 4/5

GRILLE D EVALUATION

Repères d'évaluation	Note	Barème
Déterminer le choix de la monture et des verres		8
1) Choix de la monture		
Taille	/1	
Forme, Coloris	/1	
2) Choix des verres		
Qualité	/2	
Type	/2	
Diamètre	/2	
Argumentation vente et conseil		10
3) Argumentation pour la monture	/1	
4) Argumentation pour les verres		
Qualité	/1	
Type	/1	
Traitements	/1	
5) Question de cours	/3	
Scénario de vente	/3	
Gestion		3
6) Coût des verres		
Verre droit	/0,5	
Verre gauche	/0,5	
7) Nomenclature et facturation sécurité sociale		
Monture	/0,5	
Verres droit et gauche	/0,5	
8) Prix		
Toutes taxes	/0,5	
TVA	/0,5	
Ajustage	/4	/4
Entretien à l'oral		5
Qualité de communication	/2	
Conseil d'utilisation d'équipement	/2	
Présentation du candidat	/1	
TOTAL	/30	

NUMERO DU CANDIDAT : _____

BEP Spécialité : OPTIQUE LUNETTERIE Code spécialité : 5131201	Durée : 1h + 1h	Session : 2004
Epreuve : EP2 Intervention en magasinN° sujet : 02-2141	Coefficient : 9	Folio : 5/5

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)

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

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)

numéro d'immatriculation

● 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

nom

prestation ou traitement prescrit le

entente préalable du

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

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(*)

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

règlement(*) (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)**MONTANT TOTAL**
en francs**MONTANT TOTAL**
en euros

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 fournisseursignature de
l'assuré(e)absence de
signature