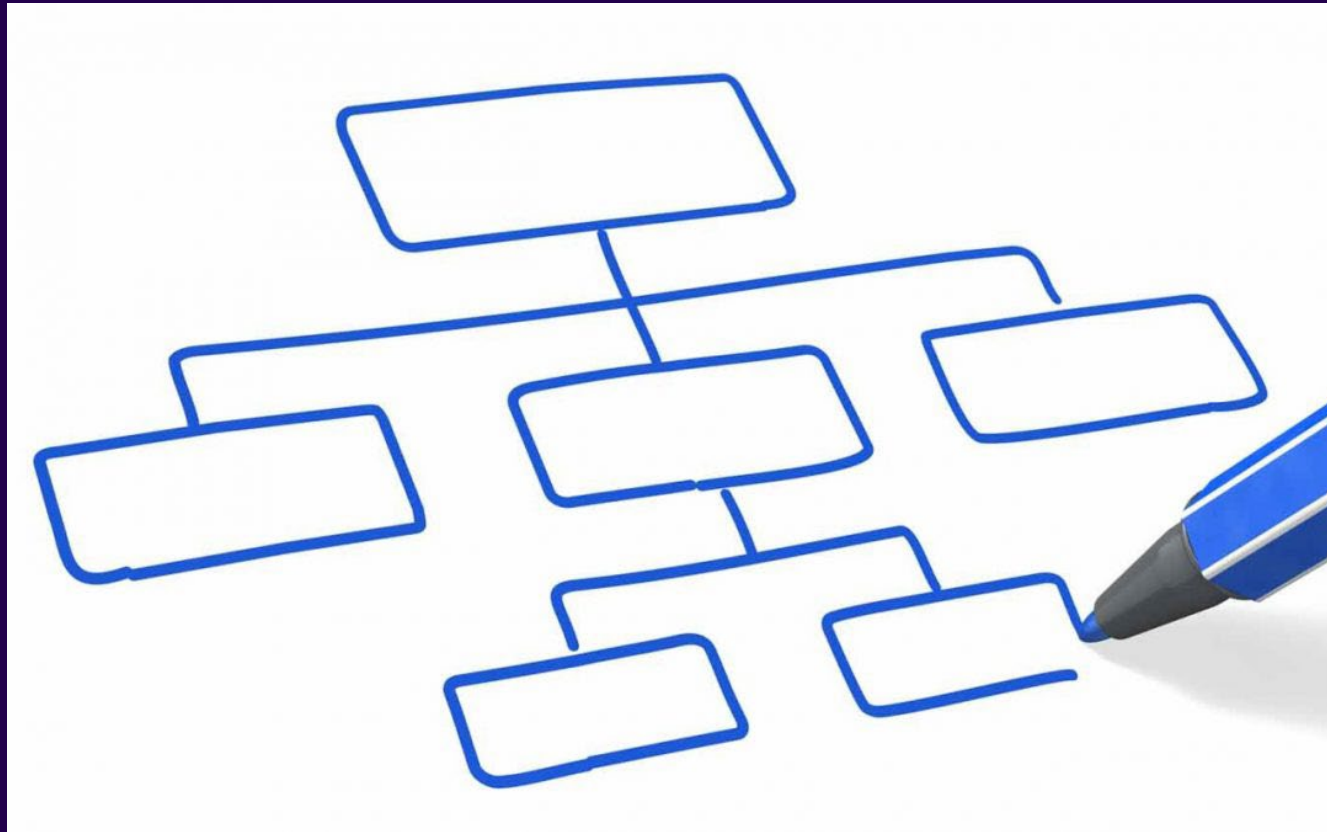


sanofi

Projet Beyfortus
•
Etapes du process
de prise de
commande pour les
pharmacies

SEPTEMBRE 2023





1 – Modalités de commande



Pharmacien



Plusieurs communications concernant Beyfortus sont envoyées par courrier et par mail aux pharmaciens avec une date cible de réception au 15/09



Le pharmacien reçoit les modalités de commande qui présentent le lien ainsi qu'un QR code pour la demande de livraison.



Le document rappelle également le numéro client sanofi vaccin nécessaire pour le remplissage du formulaire

Beyfortus
(nirsevimab)

Modalités de commande

Beyfortus® est **disponible uniquement en commande directe** via le laboratoire Sanofi **en remplissant le formulaire en ligne*** :



*Si besoin, vous pouvez contacter le service client :
0 800 555 658 ou serviceclients-beyfortus@sanofi.com

Voici le **numéro client** à renseigner lorsque vous passerez la commande :
.....

La livraison du produit sera effectuée sous **3 à 6 jours**.

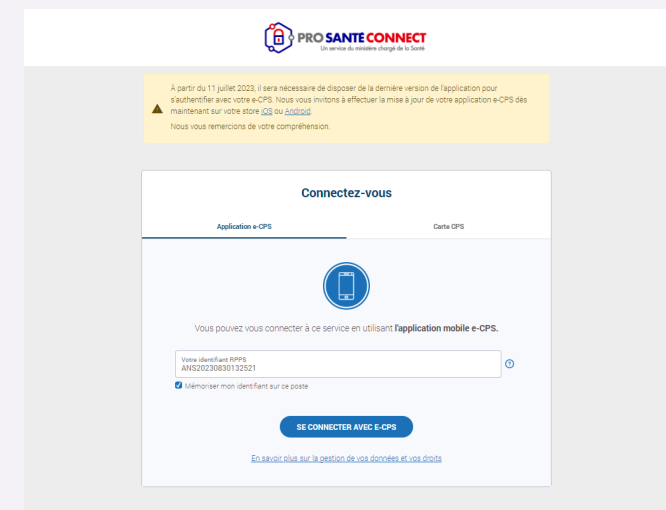
Beyfortus® est disponible sans avance de frais pour le médicament dans le cadre des populations éligibles à son administration.



2 - Authentification du pharmacien



Pharmacien



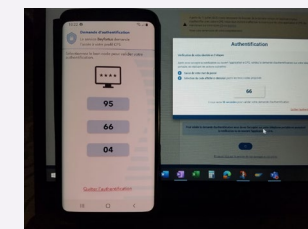
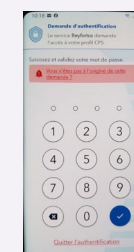
Le pharmacien clique sur le lien ou scanne le QR code



Il est dirigé vers le site Pro Santé Connect qui vérifie l'identité du professionnel de santé vs son identifiant RPPS



Le pharmacien se connecte avec E-CPS. Il est ensuite dirigé sur son mobile vers une page finale d'authentification



Le pharmacien clique sur son mobile sur le nombre exact ce qui termine l'authentification (durée limitée de 1 minute pour valider le bon chiffre sinon l'authentification échoue .)
Sur l'ordinateur, le pharmacien est alors réorienté automatiquement vers la page du formulaire de demande de livraison.



3 – Remplissage du formulaire



Sur l'ordinateur, le pharmacien est alors réorienté automatiquement vers le site Sanofi avec la page du formulaire de demande de livraison



Remplissage du formulaire par le client pharmacien :

- Quantités
- N° SIRET
- Code client SAP
- Nom de pharmacie/Mail/Tel



Le pharmacien reçoit un pop up de confirmation des données avec possibilité d'annuler si erreur

Formulaire de demande de livraison Beyfortus® - saison 2023/2024

Formulaire destiné aux Pharmacies d'Officine en France métropolitaine.

IMPORTANT: La quantité demandée doit correspondre à une ou plusieurs prescription(s) déjà reçue(s) devant être dispensé(e)s pour un ou plusieurs patients de l'officine. En remplissant ce formulaire, vous vous engagez auprès de Santé publique France à demander des doses suite à la présentation d'une prescription médicale. Cette quantité correspond à un stock de médicament Beyfortus® mis à disposition et suivi par l'Etat.

RGPD **MOTIONS LIÉES**

Votre demande de livraison de Beyfortus®

*** Requis**

- 1. Nombre d'unités de Beyfortus® en dosage 50mg (CIP : 3400930268599) ***
Destiné aux nourissons de moins de 5 kg. Jusqu'à 5 doses par commande.
Nombre de doses de "50mg" :
Veuillez saisir un nombre entre 0 et 5
- 2. Nombre d'unités de Beyfortus® en dosage 100mg (CIP : 3400930268636) ***
Destiné aux nourissons d'un poids supérieur ou égal à 5 kg. Jusqu'à 5 doses par commande.
Nombre de doses de "100mg" :
Veuillez saisir un nombre entre 0 et 5
- 3. Identifiez votre pharmacie d'officine via votre numéro SIRET ***
Cette référence est propre à votre établissement et comporte 14 caractères.
Numéro SIRET* :
Le numéro SIRET est composé de 14 chiffres.
- 4. Entrez votre numéro de compte Client Sanofi Vaccins ***
Votre numéro de compte client est présent sur le mail reçu pour la commande de Beyfortus ainsi que sur toutes vos commandes & factures auprès de Sanofi Vaccins, cette référence comporte 7 chiffres.
Numéro client* :
Le numéro client est composé de 7 chiffres.
- 5. Adresse mail de la pharmacie ***
Veuillez à la bonne orthographe de l'adresse mail, sans accents ni caractères spéciaux.
Email* :
pharmacie@mail.com
- 6. Nom de la pharmacie ***
Veuillez à la bonne orthographe du nom, sans accents ni caractères spéciaux.
Nom de la pharmacie* :
Entrez le nom de la pharmacie
- 7. Téléphone ***
Ce numéro nous permet de vous contacter si besoin.
Numéro de téléphone* :
La valeur cible doit être un nombre.
- 8. Recommanderiez-vous ce service à un de vos frères/collègues ? ***
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
VALIDER

Bonjour Valérie M

Confirmation

Merci de vérifier vos informations avant de confirmer.

Doses de 50mg : 5
Doses de 100mg : 2
Siret : 48423567600018
N° Client : 1218916
Nom de la pharmacie : TEST SIRET OK CODE CLIENT KO
Email : valerie.moya@sanofi.com
Téléphone : 12345678912
Note du service : 8 / 10

ANNULER **CONFIRMER**