

Formulaire du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité (PAPOI) de Ferring

Ferring Inc. a mis sur pied le Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité pour les patients ayant besoin d'un soutien financier en raison d'un diagnostic de cancer.

Pour que vous puissiez être admissible, vous et votre médecin devez d'abord remplir et soumettre le formulaire de demande ci-dessous. Il est important de fournir tous les renseignements demandés afin d'éviter le retard dans le traitement de votre demande. Nous avons joint une liste au bas de cette page pour vous guider à chaque étape.

La présentation d'un formulaire de demande ne garantit pas l'inscription au Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité. Veuillez compter 48 heures pour l'examen et la notification de l'approbation ou le refus. Après ce délai, vous recevrez la confirmation des produits qui seront fournis avec leur quantité. Un avis vous sera envoyé par courriel ou par la poste. Le produit sera envoyé au cabinet du médecin, qui le recevra dans les 5 jours ouvrables. Veuillez utiliser la liste ci-dessous pour vous assurer que votre demande est complète.

Liste de vérification de la demande**MÉDECIN**

- Remplir tous les champs de la section 1 et 2.
- Signer et dater le formulaire de demande
(pas de sceaux, seules les signatures originales sont acceptées).

PATIENT

- Fournissez vos renseignements personnels à la section 3 et à la section 4.
- Veuillez lire et signer le consentement à la section 5.

Quand le formulaire est rempli (les deux listes ci-dessus), envoyez-nous votre formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel.

N'OUBLIEZ PAS : l'information incomplète ou inexacte peut causer des retards dans le traitement. Par conséquent, veuillez vous assurer que tous les renseignements nécessaires sont fournis, qu'ils sont exacts et que toutes les signatures sont incluses.

Par courrier :

Formulaire du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité de Ferring
200, boulevard Yorkland
Bureau 500
Toronto (Ontario) M2J 5C1
À l'attention du : Coordonnateur du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité

Par télécopieur :

416-642-1656

Par courriel :

pap@ferring.com

LES SECTIONS 3 À 5 SONT À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR LÉGAL
(veuillez écrire lisiblement et en lettres moulées)

SECTION 3**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT**_____
Prénom_____
Nom_____
Courriel_____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)_____
Adresse_____
Ville_____
Province_____
Code postal_____
Téléphone_____
Courriel_____
Nom du contact (s'il diffère du patient)_____
Lien avec le patient**SECTION 4****RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL****Avez-vous une assurance privée pour le produit demandé?** Oui Non **SECTION 5****CONSENTEMENT DU PATIENT**

En signant ce document, je consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels et (ou) médicaux me concernant par Ferring Inc. aux fins de la comptabilité, l'admissibilité et le traitement, et de toute autre utilisation, comme la conservation et la communication, dans le cadre du Programme d'aide aux patients en oncologie et infertilité, y compris la conservation de ces renseignements aussi longtemps que je participe à un tel programme et pour une période raisonnable par la suite. Je consens à la divulgation de mes renseignements personnels et (ou) médicaux à des tiers si c'est nécessaire pour mettre en œuvre le programme. Je comprends que Ferring Inc. se réserve le droit de déterminer la quantité de produit fourni et peut mettre fin à ce programme à tout moment et à sa seule discrétion.

Prénom et nom du patient (en lettres moulées)_____
Signature du patient ou du demandeur

(s'il diffère du patient) _____ Date : _____

Nom du demandeur/représentant légal (s'il diffère du patient)