

## Formulaire du Programme d'aide aux patients de Ferring

Ferring Inc. a mis au point le Programme d'aide aux patients pour les patients canadiens ayant besoin d'un soutien financier. Le programme est offert à tous les Canadiens admissibles.

Pour déterminer si vous êtes 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 de vérification au bas de cette page pour vous guider à chaque étape.

Pour être admissible, il faut répondre à toutes les exigences suivantes :

- Avoir un revenu annuel brut maximum du ménage, comme il est indiqué au tableau ci-dessous :

Nombre de personnes dans votre ménage	Revenu annuel brut maximum du ménage <sup>1</sup>
1	23 861 \$
2	29 706 \$
3	36 520 \$
4	44 340 \$
5 ou plus	50 290 \$

- Ne pas avoir d'assurance privée pour le produit demandé.

La présentation d'un formulaire de demande ne garantit pas l'inscription au Programme d'aide aux patients. Vous recevrez une confirmation de l'état de votre demande par courrier ou courriel (approuvée/refusée), une fois que votre demande sera traitée. Veuillez prévoir 21 jours ouvrables pour le traitement. Veuillez utiliser la liste de vérification 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.
- Fournissez vos renseignements personnels à la section 4.
- Lisez et signez le consentement à la section 5 et demandez à chaque membre du ménage de lire et signer le consentement à la section 6.
- Joignez une copie de l'avis initial de l'évaluation que Revenu Canada vous a envoyé pour l'année la plus récente pour tous les adultes du ménage.

Quand le formulaire est rempli (les deux listes de vérification 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 :** Programme d'aide aux patients de Ferring  
200, boulevard Yorkland  
Bureau 500  
Toronto (Ontario) M2J 5C1  
À l'attention du : Coordonnateur du Programme  
d'aide aux patients

**Par télécopieur :** 416-642-1656

**Par courriel :** [pap@ferring.com](mailto:pap@ferring.com)

<sup>1</sup> Selon les données de Statistique Canada, seuils de faible revenu (avant impôt, population de 500 000 habitants et plus) 2013  
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=2060092&pattern=low+income&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=1&p2=-1>



LES SECTIONS 3 ET 6 SONT À REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL  
(Écrire lisiblement)

**SECTION 3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT**

\_\_\_\_\_

**Prénom** **Nom**

FEMME  HOMME \_\_\_\_\_

**Sexe** **Date de naissance (JJ/MM/AAAA)**

\_\_\_\_\_

**Adresse**

\_\_\_\_\_

**Ville** **Province** **Code postal**

\_\_\_\_\_

**Téléphone** **Courriel**

\_\_\_\_\_

**Nom du contact si différent 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

Nombre de personnes dans votre ménage : adultes = \_\_\_\_\_ enfants = \_\_\_\_\_

Revenu annuel brut du ménage (avant taxes) : \_\_\_\_\_ \$

**Vous devez fournir une preuve du revenu total annuel brut du ménage pour présenter une demande pour ce programme. Veuillez joindre une copie de l'avis initial de l'évaluation que Revenu Canada vous a envoyé pour l'année la plus récente pour tous les adultes du ménage.**

**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 moi et mes enfants mineurs par Ferring Inc. aux fins de comptabilité, d'admissibilité et de traitement, et de toute autre utilisation, comme la conservation et la communication, dans le cadre du Programme d'aide aux patients, y compris la conservation de ces renseignements aussi longtemps que je/mon enfant participe à un tel programme et pour une période raisonnable par la suite. Je consens à la publication de mes renseignements personnels et (ou) médicaux et ceux de mes enfants mineurs à un tiers, y compris, sans limitation, à des agences de crédit aux fins de vérification de cette information. 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 : \_\_\_\_\_

**SECTION 6****CONSENTEMENT DES MEMBRES DU MÉNAGE**

Chaque personne qui fournit un avis d'évaluation pour déterminer l'admissibilité du demandeur doit donner son consentement. En signant ce document, vous consentez à la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels par les employés de Ferring Inc. aux fins de comptabilité, d'admissibilité et de traitement, et de toute autre utilisation, comme la conservation et la communication, dans le cadre du Programme d'aide aux patients, y compris la conservation de ces renseignements aussi longtemps que le demandeur participe à un tel programme et pour une période raisonnable par la suite. Vous consentez également à la divulgation de vos renseignements personnels à un tiers, y compris, sans limitation, à des agences de crédit aux fins de vérification de cette information.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
*Veillez écrire en lettres moulées*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
*Veillez écrire en lettres moulées*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
*Veillez écrire en lettres moulées*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_