

Formulaire du Programme d'aide aux patients Ferring

Ferring Inc. a mis sur pied un Programme d'aide aux patients pour les patients canadiens ayant besoin d'un soutien financier. Le programme est accessible à tous les Canadiens admissibles qui remplissent les conditions requises.

Pour déterminer si vous y êtes admissible, vous et votre médecin devez d'abord remplir et soumettre le formulaire de demande ci-dessous. Il est important de compléter toutes les informations demandées afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande. Nous avons inclus une liste de contrôle au bas de cette page pour vous guider à chaque étape.

Toutes les conditions suivantes doivent être remplies pour être admissible au programme :

- Le revenu annuel brut maximal du ménage correspond à ceux indiqués dans le tableau suivant :

| Nombre de personnes dans votre | Revenu du ménage ¹ maximum annuel brut |
|--------------------------------|---|
| 1 | 31 615 \$ |
| 2 | 39 360 \$ |
| 3 | 48 387 \$ |
| 4 | 58 749 \$ |
| 5 ou plus | 66 632 \$ |

- Ne bénéficie pas d'une assurance privée couvrant le produit demandé.

L'envoi d'un formulaire de demande complet ne garantit pas l'inscription au programme d'aide aux patients. Vous recevrez une confirmation de l'état de votre demande par la poste ou par courriel (approuvée/déclinée) lorsque votre demande aura été traitée. Le délai de traitement est de 21 jours ouvrables. Veuillez utiliser la liste de contrôle suivante pour vous assurer que votre demande est complète.

LISTE DE CONTRÔLE DE LA DEMANDE

MÉDECIN

- Remplir tous les champs des parties 1 et 2.
- Signer et dater le formulaire de demande (Pas de timbres, seules les signatures originales sont acceptées).

***Remarque :** le produit sera expédié au cabinet du médecin mentionné à la page 2, à moins qu'il n'en soit indiqué autrement sur les formulaires. Si le produit doit être expédié à un autre endroit, veuillez en indiquer l'adresse sur le formulaire
4. Le produit ne peut être expédié qu'au cabinet d'un médecin ou à une pharmacie.

PATIENT

- Inscrivez vos renseignements personnels dans la partie 3. Complétez vos informations financières dans la partie 4.
- Lisez et signez le consentement de la partie 5 et demandez à chaque membre du ménage concerné de lire et de signer le consentement de la partie 6.
- Joindre une copie de l'avis de cotisation initial reçu de Revenu Canada pour l'année d'imposition la plus récente pour tous les adultes du ménage.

Une fois le formulaire rempli (les deux listes de contrôle précédentes), envoyez-le nous par la poste, par télécopieur ou par courriel.

N'OUBLIEZ PAS : des renseignements incomplets ou inexacts peuvent entraîner des retards de traitement. Veuillez donc vous assurer que tous les renseignements requis sont fournis, qu'ils sont exacts et que toutes les signatures sont incluses.

Par la poste : Programme d'aide aux patients FERRING,
200 Yorkland Blvd
Suite 500
Toronto (ON) M2J 5C1
À l'attention de : Coordonnateur du Programme d'aide aux patients
Télécopieur : 416-642-1656
Courriel : pap@ferring.com

¹Basé sur Statistique Canada : Seuils de faible revenu (avant impôt, population de 500 000 habitants et plus) 2019 <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101>, plus l'inflation et 10 % supplémentaires

PARTIES 3 à 6 A REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE PARENT/TUTEUR LÉGAL
(en caractères d'imprimerie)

PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT

Prénom **Nom de famille**

FEMME HOMME _____

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

Adresse

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

Téléphone **Courriel**

Nom de la personne à contacter autre que le patient **Lien avec le patient**

PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT OU LE PARENT/TUTEUR LÉGAL

Disposez-vous d'une assurance privée pour le produit demandé? Oui Non

Nombre de personnes dans votre ménage : adultes = ___ enfants = _____

Revenu annuel brut du ménage (avant impôts) : \$ _____

Vous devez fournir une preuve du revenu annuel brut total du ménage pour présenter une demande dans le cadre de ce programme. Veuillez fournir une copie de l'avis de cotisation initial reçu de Revenu Canada pour l'année la plus récente pour CHAQUE adulte de votre ménage.

PARTIE 5 CONSENTEMENT DU PATIENT

En signant le présent document, je consens à ce que Ferring Inc. recueille, utilise et divulgue mes informations personnelles et/ou médicales, ainsi que celles de mes enfants mineurs, à des fins de comptabilité, d'admissibilité et de traitement, ainsi qu'à toute autre utilisation, conservation et divulgation requise dans le cadre du Programme d'aide aux patients, y compris la conservation de ces informations pour la durée de ma participation ou de la participation de mon enfant à ce programme et pendant une période raisonnable ensuite. Je consens à ce que mes informations personnelles et/ou médicales, ainsi que celles de mes enfants mineurs, soient communiquées à un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, aux agences d'évaluation du crédit, à des fins de vérification de ces informations.

Je comprends que Ferring Inc. se réserve le droit de déterminer la quantité de produits fournis et peut mettre fin à ce programme à tout moment, à sa seule discrétion.

Prénom et nom du patient (en lettres moulées) _____

Signature du patient ou du demandeur s'il s'agit d'une personne autre que le patient ___ Date : _____

CONSENTEMENT DU MÉNAGE

Chaque personne fournissant un avis de cotisation afin de déterminer l'admissibilité du demandeur doit donner son consentement.

En signant le présent document, vous consentez à ce que Ferring collecte, utilise et divulgue vos informations personnelles à des fins de comptabilité, d'admissibilité et de traitement, ainsi qu'à toute autre utilisation, conservation et divulgation requise dans le cadre du programme d'assistance aux patients, y compris la conservation de ces informations tant que le demandeur participe à ce programme et pendant une période raisonnable ensuite. Vous consentez également à ce que vos informations personnelles soient communiquées à des tiers, y compris notamment à des agences d'évaluation du crédit, à des fins de vérification de ces informations.

Nom (prénom et nom) : _____
Veillez écrire en lettres moulées

Signature : _____ Date : _____

Nom (prénom et nom) : _____
Veillez écrire en lettres moulées

Signature : _____ Date : _____

Nom (prénom et nom) : _____
Veillez écrire en lettres moulées

Signature : _____ Date : _____

Notes :