

PROGRAMME D'UTILISATION À DES FINS HUMANITAIRES – 1 demande par patient(e)

| RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT | | | |
|-------------------------------|---|--------|---|
| Section obligatoire | Nom de famille | Prénom | Date de naissance (mm/jj/aa) |
| | Résident canadien : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| | Revenu mensuel brut total du <i>ménage</i> : _____ \$ (À des fins d'évaluation, le revenu ACTUEL en dollars (montant exact, et non tranche de revenu) doit être fourni.) | | Nombre de personnes au domicile (<i>ménage</i>) : _____ |
| | Êtes-vous couvert par un régime d'assurance médicaments public ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| | Commentaires : <i>Si vous êtes couverts pour vos médicaments, veuillez expliquer la raison de votre demande.</i> | | |

*J'atteste que les renseignements figurant dans la présente demande sont complets et véridiques. Je confirme que je ne dispose d'aucune assurance et que je ne suis admissible à aucun type de remboursement public ou privé. Je comprends que Santé Bausch, Canada inc. se réserve le droit, en tout temps et sans préavis, de modifier le formulaire de demande ou encore de modifier ou d'annuler ce Programme ainsi que ses critères d'admissibilité. Je comprends que Santé Bausch, Canada inc. se réserve le droit de rappeler le produit, au besoin. Je comprends que je dois chercher à obtenir toute forme d'aide gouvernementale existante avant de soumettre une nouvelle demande pour le Programme de Santé Bausch, Canada inc. **Protection des renseignements personnels**: Pendant la prestation du Programme, Santé Bausch, Canada inc. respectera toutes les lois fédérales et provinciales qui s'appliquent en matière de protection de la vie privée. Vos renseignements personnels seront utilisés, divulgués et conservés dans le seul but de répondre aux objectifs du Programme. Ils demeureront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins du Programme. Ils ne seront accessibles qu'aux employés autorisés de Santé Bausch, Canada inc. qui participent directement à la gestion du Programme. Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et, si nécessaire, de les corriger, conformément à la loi. Vous pouvez également demander à ce que l'on cesse de conserver et d'utiliser vos renseignements personnels aux fins autorisées. Toutefois, une telle demande mettra fin à votre participation au Programme. **Consentement du patient**: Je comprends que les renseignements personnels fournis par mon médecin et moi serviront à l'évaluation de mon admissibilité au Programme de Santé Bausch, Canada inc. et à la gestion éventuelle de mon dossier. Je confirme avoir lu et compris les renseignements figurant dans le présent formulaire de demande, y compris la section portant sur la protection des renseignements personnels, les critères d'admissibilité du Programme ainsi que les directives ci-jointes, et avoir donné mon autorisation et mon consentement à participer au Programme selon les conditions décrites.*

Signature obligatoire du patient ou du tuteur légal

Date

| COORDONNÉES DU MÉDECIN | | | |
|---|--|------------------------------|---|
| Section obligatoire | Nom de famille | Prénom | N° de permis |
| | Adresse MUNICIPALE (la livraison ne peut être effectuée à une case postale) | | Ville |
| | Province | Code postal | |
| | N° de téléphone : | N° de télécopieur : | Adresse de courriel : |
| | Produit demandé : | | |
| | <u>Remarque : La quantité maximale qui sera fournie correspond à un traitement de trois mois.</u> | | |
| | Dose – (joindre l'ordonnance) : | | |
| | Le médicament figure-t-il sur la liste de médicaments provinciale? | Oui <input type="checkbox"/> | (Expliquez les raisons de la demande dans la section destinée aux commentaires ci-dessous.) |
| | | Non <input type="checkbox"/> | |
| | Commentaires ou renseignements supplémentaires à l'appui de la demande, y compris les noms | | |
| Veuillez fournir des renseignements précis concernant les autres options thérapeutiques couvertes par le régime d'assurance médicaments public (ces options doivent être utilisées avant de soumettre une demande d'utilisation à des fins humanitaires). | | | |

Il est important de rapporter tout effet indésirable dans les 24 heures, en contactant Santé Bausch, Canada Inc. par courriel à medinfo.canada@bauschhealth.com ou par téléphone au 1-800-361-4261.

En tant que praticien autorisé, je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et véridiques. D'après les renseignements dont je dispose, ce patient ne bénéficie d'aucune assurance médicaments pour le médicament prescrit, et il ne possède pas les ressources financières nécessaires pour en assumer les coûts. Je comprends que Santé Bausch, Canada inc. se réserve le droit de modifier ou d'annuler ce Programme en tout temps. Par ma signature, je confirme que les produits envoyés par Santé Bausch, Canada inc. seront fournis au patient susnommé dans le cadre d'un traitement d'une durée maximale de trois mois, conformément à l'indication approuvée par Santé Canada, et qu'ils seront remis au patient sur une base mensuelle uniquement. Ces produits ne seront pas revendus ou offerts à la vente, à l'échange ou au troc, et je ne les retournerai pas dans le but d'obtenir un crédit. Je comprends que Santé Bausch, Canada inc. se réserve le droit de rappeler le produit, au besoin.

****Veuillez noter :** Transmettre la demande et l'ordonnance par courriel au canada.customerservice@bauschhealth.com ou par télécopieur au 1-800-361-4266**

Signature obligatoire du médecin

Date