

## Generic Medical Partners Inc.

# Section A : Détails de la recommandation du professionnel de la santé

(À remplir par la personne qui demande, au nom d'un patient, l'accès au Programme de soins compatissants)

Nom complet : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Compétences : \_\_\_\_\_

Institution ou organisation : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution ou de l'organisation : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

# Section B : Renseignements sur le patient

(Détails de base à l'appui de la demande. Les informations personnelles ou médicales sensibles ne sont pas nécessaires.)

Nom complet du patient : \_\_\_\_\_

Patient de (Nom du professionnel de la santé ou de l'institution qui fait la recommandation) : \_\_\_\_\_

Médicament de GMP demandé : \_\_\_\_\_

Le patient bénéficie-t-il actuellement d'une couverture pour le médicament demandé?

Couverture complète       Couverture partielle       Sans couverture

Estimation du coût mensuel à la charge du patient : \_\_\_\_\_ \$

## Section C : Situation du patient nécessitant un soutien

*(À remplir par le prestataire de soins de santé qui recommande le patient. Veuillez décrire les circonstances qui justifient l'accès aux médicaments dans le cadre du Programme de soins compatissants.)*

## Section D : Soutien au prestataire de soins de santé

*(Si différent de la section A)*

Nom complet : \_\_\_\_\_

Titre / Profession : \_\_\_\_\_

Institution / Clinique : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Méthode proposée pour la fourniture de médicaments de GMP : \_\_\_\_\_

## Section E : Signature du prestataire de soins de santé et informations sur l'envoi de la demande

Je confirme que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et véridiques. Je recommande un accès aux médicaments dans le cadre du Programme de soins compatissants, et ce, en toute bonne foi, sur la base de la situation actuelle du patient et de ses besoins médicaux.

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

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

## Coordonnées de base du patient

(À remplir par le prestataire de soins de santé ou, à titre facultatif, par le patient)

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## Instructions pour l'envoi du formulaire

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

**Generic Medical Partners Inc. – Programme de soins compatissants**

**Courriel :** [customerservice@gmprx.com](mailto:customerservice@gmprx.com)

**Téléphone :** 416 444-4467

**Télécopieur :** 1 866 259-2058

1500 Don Mills Road, bureau 711, Toronto

(Ontario) M3B 3K4

Canada