



FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISAS DE PUBLICITÉ

Produits pharmaceutiques, DPML / MINSANTE | Réf. GB4P 2026

1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Raison sociale / Dénomination	
Adresse complète du siege	
Pays d'établissement	
Téléphone	
Adresse e-mail	
Nom du représentant légal	
Fonction du représentant légal	
N° registre du commerce	

2 IDENTIFICATION DU PRODUIT

Nom commercial	
Dénomination Commune Internationale (DCI)	
Forme pharmaceutique	
Dosage	
Classe thérapeutique	
N° AMM / Enregistrement	
Date d'obtention de l'AMM	
Date d'expiration de l'AMM	
Titulaire de l'AMM	

3 TYPE DE PUBLICITÉ

Type de public cible		
<input type="checkbox"/>	Grand public	Chap. IX GB4P
<input type="checkbox"/>	Professionnels de santé (prescripteurs, dispensateurs)	Chap. IX GB4P
<input type="checkbox"/>	Mixte (grand public + professionnels de santé)	



4 DESCRIPTION DE LA PUBLICITÉ

Indications promues — strictement conformes à l'AMM :

Zone de diffusion	<input type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale
Région(s) concernée(s) si diffusion régionale	
Date de début de diffusion prévue	
Date de fin de diffusion prévue	

5 CANAUX ET SUPPORTS DE DIFFUSION

	Canal (cocher tous les canaux concernés)	Réf. GB4P
<input type="checkbox"/>	Visite médicale (en présentiel)	Chap. IV
<input type="checkbox"/>	Visite médicale téléphonique / à distance	Chap. IV
<input type="checkbox"/>	Documentation promotionnelle imprimée (brochure, aide visuelle)	Chap. V
<input type="checkbox"/>	Presse médicale / scientifique écrite	Chap. V
<input type="checkbox"/>	Télévision	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Radio	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Affichage (panneaux, affiche en officine)	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Site web	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Plateforme digitale	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Courriel / newsletter professionnelle	Chap. VII
<input type="checkbox"/>	Congrès / manifestations scientifiques	Chap. VIII
<input type="checkbox"/>	Cadeaux et avantages promotionnels	Chap. IX
<input type="checkbox"/>	Echantillons médicaux	Chap. IX
<input type="checkbox"/>	Autres (préciser ci-dessous)	

Si autres canaux, préciser :

6 JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE

<input type="checkbox"/>	Toutes les allégations sont strictement conformes au RCP en vigueur	Obligatoire
<input type="checkbox"/>	Les références scientifiques justifiant les allégations sont jointes	Si applicable
<input type="checkbox"/>	Aucune indication hors AMM n'est promue	Obligatoire



Préciser les références scientifiques principales (auteurs, titre, revue, année) :

7 PHARMACIEN RESPONSABLE

Le Pharmacien Responsable engage sa responsabilité professionnelle sur l'exactitude et la conformité de l'ensemble du dossier.

Nom et prénom	
N° d'inscription ONPC	
Téléphone direct	
Adresse e-mail professionnelle	

8 PIÈCES JOINTES OBLIGATOIRES

Tout dossier incomplet est immédiatement déclaré irrecevable sans instruction au fond.

	Pièce	Caractère
<input type="checkbox"/>	Lettre officielle de demande adressée au Ministre de la Santé Publique, signée et cachetée	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Photocopie de l'AMM en cours de validité du produit concerné	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) actualisé, daté et signé par le PR	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Support(s) publicitaire(s) complet(s), version définitive prête à diffusion (maquette, script, capture)	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Déclaration de pharmacovigilance	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Attestation du Pharmacien Responsable (engagement de conformité, signature, N° ONPC)	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Reçu original de paiement des frais de dossier	OBLIGATOIRE
<input type="checkbox"/>	Références bibliographiques des allégations thérapeutiques (fichier zippé ou liens actifs)	Si applicable
<input type="checkbox"/>	Autres documents complémentaires (préciser dans la lettre de demande)	Si applicable

9 ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

<input type="checkbox"/>	Les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes	
<input type="checkbox"/>	Les supports publicitaires sont strictement conformes au RCP et au GB4P 2026	
<input type="checkbox"/>	Aucune diffusion ne sera effectuée avant l'obtention du visa de publicité	
<input type="checkbox"/>	Le retrait immédiat sera effectué sur toute demande de la DPML / MINSANTE	
<input type="checkbox"/>	Toute modification substantielle du support fera l'objet d'une nouvelle demande	

Nom et prénom du signataire	
Qualité / Fonction	
Lieu et date de signature	

Signature et cachet du représentant légal :

<i>Signature du représentant légal</i>	<i>Signature et cachet du Pharmacien Responsable</i>
--	--



Date de réception du dossier	
N° d'enregistrement DPML	
Agent réceptionnaire (nom + visa)	

Recevabilité du dossier:

<input type="checkbox"/>	Dossier complet: recevable	→ <i>transmission commission</i>
<input type="checkbox"/>	Dossier incomplet : irrecevable (pièces manquantes notifiées au demandeur)	→ <i>retour immédiat</i>
<input type="checkbox"/>	Compléments requis: instruction suspendue	→ <i>délai notifié</i>

Observations / pièces manquantes :

Décision de la Commission :

<input type="checkbox"/>	VISA ACCORDÉ	
<input type="checkbox"/>	VISA REFUSÉ (motif obligatoire ci-dessous)	
<input type="checkbox"/>	VISA ACCORDÉ SOUS RÉSERVE DE MODIFICATIONS	

Motif de refus ou modifications requises (référence au GB4P concerné) :

Date de la décision	
N° du visa (si accordé)	
Date d'expiration du visa	

<i>Signature du Président de la Commission Spécialisée des Visas de Publicité</i>	<i>Cachet et signature du Directeur DPML</i>
---	--

NOTE IMPORTANTE : PÉRIMÈTRE DU FORMULAIRE

Le présent formulaire concerne exclusivement les activités de publicité des produits pharmaceutiques soumises à visa préalable au titre du GB4P 2026. Les activités ne relevant pas de la publicité notamment : les dons de médicaments, les campagnes d'Unités Gratuites, les formations scientifiques pures et les manifestations à caractère exclusivement académique font l'objet de procédures administratives distinctes auprès du MINSANTE.

