

Veuillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au **1 855 453-3942**.  
Téléphone : 418 651-2588/1 800 380-2588 • Télécopieur : 1 855 453-3942  
Adresse postale : 2525 Boulevard Laurier, Case postale 10500 Québec, QC G1V 4H6

### DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

#### 1. Renseignement sur l'adhérent et le patient

Nom de l'adhérent		Police / certificat	
Nom de l'employeur		Nom du patient	
Date de naissance		N° de téléphone	
Adresse (n° et rue)		Ville	Province
		Code postal	

#### 2. Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicaments?  Oui  Non

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

De quel type de régime s'agit-il ?  Privé  Public

Avez-vous fait une réclamation pour ce médicament chez cet autre assureur ?  Oui  Non

Quel est le statut de la réclamation?  Accepté  Refusé  À l'étude

Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur?  Oui  Non

Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable?  Accepté  Refusé  À l'étude

Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable

#### 3. Autorisation à la communication de renseignements personnels

Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les établissements médicaux, paramédicaux ou cliniques, les coordonnateurs de soins, les fournisseurs du réseau de pharmacies privilégiées de SSQ (hors Québec seulement) et tout organisme public ou parapublic, incluant entre autre la Régie de l'assurance médicament du Québec, à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ ») tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement. Par le fait même, je les relève de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à SSQ les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ à communiquer aux tiers précédemment énoncés tout renseignement personnel pertinent me concernant incluant notamment toute information médicale et toute opinion médicale en lien avec le traitement de la présente demande d'autorisation de paiement.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

**X** \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Signature du patient (parent/tuteur légal) Date

#### DÉCLARATION DU MÉDECIN

#### 4. Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom du médecin		Spécialité	
N° de permis		N° de télécopieur	
N° de téléphone			

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :

**X** \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Signature du médecin Date

## 5. Médicament visé par la demande

Nom du médicament

Forme pharmaceutique

Teneur

Veuillez préciser le diagnostic : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** Pour les assurés couverts par un programme public provincial d'assurance médicament en tant que couverture principale :

**Les exceptions prévues par votre programme provincial sont applicables et prévalent en tout temps. Veuillez adresser la demande d'exception à la transition obligatoire au programme public provincial applicable et transmettre la réponse à SSQ Assurance.**

Aucune couverture provinciale en vigueur : Précisez la raison médicale empêchant la transition sécuritaire vers une version biosimilaire du médicament visé (faire un choix)\* :

Grossesse en cours, préciser la date prévue de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Échecs multiples (≥2) à des agents biologiques utilisés pour la même indication, préciser :

Agent biologique \_\_\_\_\_ Du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Dates d'utilisation

Agent biologique \_\_\_\_\_ Du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Dates d'utilisation

Agent biologique \_\_\_\_\_ Du | A | A | A | A | M | M | J | J | au | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Dates d'utilisation

Le médicament visé est administré via une pompe à insuline qui n'est pas compatible avec la version biosimilaire équivalente, préciser : \_\_\_\_\_

Autre raison, préciser : \_\_\_\_\_

\* Si vous bénéficiez d'une couverture en coordination avec un autre assureur privé, veuillez également nous fournir une preuve d'autorisation ou de remboursement de votre médicament par ce plan.