

Section 1 – Renseignements sur l'adhérent et le patient			
Nom de l'adhérent	N° de certificat SSQ	Nom de l'employeur	
Nom du patient	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de téléphone	
Adresse (n° et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 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	
<i>Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable</i>			

Section 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. Date _____ Signature du patient (parent/tuteur légal) _____	

Section 4 – Renseignements sur le prescripteur

Nom du prescripteur	Spécialité	N° de permis
N° de téléphone	N° de télécopieur	
Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :		
_____	_____	
Date	Signature du prescripteur	

Section 5 – Médicament visé par la demande

Nom du médicament Jinarc ^{MD}	Forme pharmaceutique Comprimés	teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	☐ Demande initiale Complétez la section 6		
	☐ Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ		

IMPORTANT :

Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale

Diagnostic

- ☐ Maladie polykystique rénale conformément à l'indication approuvée par Santé Canada
- À titre informatif :
- Jinarc est indiqué par Santé Canada pour ralentir la progression de l'hypertrophie des reins et le déclin de la fonction rénale chez les patients atteints de la maladie polykystique rénale autosomique dominante (MPRAD).*
- ☐ Autre. Précisez :

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)**Fournir les informations suivantes**

- A. Volume rénal total : _____ ml
- B. Clairance à la créatinine : _____ ml/min **OU**
Débit de filtration glomérulaire estimé : _____ ml/min/1,73 m²
- C. Hypertension ☐ Oui ☐ Non
- D. Présence d'albuminurie ☐ Oui ☐ Non

Section 7 – Renseignements cliniques – Poursuite du traitement**Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement**

Le médicament visé par la présente demande a été débuté le : AAAA-MM-JJ

Bénéfices observés

- ☐ Bénéfices au niveau du volume rénal total

Volume rénal avant l'introduction du Jinarc^{MD} : _____ ml Date : AAAA-MM-JJ

Volume rénal actuel : _____ ml Date : AAAA-MM-JJ

- ☐ Bénéfices au niveau de la fonction rénale

Évaluation avant l'introduction du Jinarc^{MD} Date : AAAA-MM-JJ

Clairance à la créatinine: _____ ml/min **ou**

Débit de filtration glomérulaire estimé : _____ ml/min/1,73 m²

Évaluation la plus récente Date : AAAA-MM-JJ

Clairance à la créatinine: _____ ml/min **ou**

Débit de filtration glomérulaire estimé : _____ ml/min/1,73 m²

- ☐ Bénéfices au niveau de la douleur rénale

Précisez : _____

- ☐ Autre. Précisez : _____

