

Abatacept (Orencia<sup>MD</sup>), adalimumab (Abrilada<sup>MD</sup>, Amgevita<sup>MD</sup>, Hadlima<sup>MD</sup>, Hulio<sup>MD</sup> Humira<sup>MD</sup>,  
 Hyrimoz<sup>MD</sup>, Idacio<sup>MD</sup>, Simlandi<sup>MD</sup>, Yuflyma<sup>MD</sup>), apremilast (Otezla<sup>MD</sup>), certrolizumab pegol (Cimzia<sup>MD</sup>), crétrate de tofacitinib  
 (Xeljanz<sup>MD</sup>) étanercet (Brenzys<sup>MD</sup>, Enbrel<sup>MD</sup>, Erelzi<sup>MD</sup>), golimumab (Simponi<sup>MD</sup>), guselkumab (Tremfya<sup>MD</sup>), infliximab (Avsola<sup>MD</sup>,  
 Inflectra<sup>MD</sup>, Remicade<sup>MD</sup>, Renflexis<sup>MD</sup>), ixekizumab (Taltz<sup>MD</sup>), risankizumab (Skyrizi<sup>MD</sup>), sécukinumab (Cosentyx<sup>MD</sup>),  
 Upadacitinib (Rinvoq<sup>MD</sup>), ustekinumab (Stelara<sup>MD</sup>) / Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde

## DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

### Section 1 : Renseignements 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 (no et rue)	Ville	Province	Code postal

### Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :			
De quel type de régime s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	
Avez-vous fait une réclamation <b>POUR CE MÉDICAMENT</b> chez cet autre assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la réclamation ?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude
Avez-vous eu à remplir une demande d'autorisation préalable chez cet assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel est le statut de la demande d'autorisation préalable ?	<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> À l'étude

**Veillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable.**

### 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.

\_\_\_\_\_  
**Signature du patient** (parent/tuteur légal)

\_\_\_\_\_  
**Date**

**NOTE IMPORTANTE :**  
 Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

**Veillez 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 4H

**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 :

Signature du prescripteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Section 5 : Médicament visé par la demande**

Nom du médicament	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie
			Dose : _____ Fréquence d'administration : _____

**Type de demande**     Demande initiale     Poursuite du traitement  
 Complétez la section 6    Complétez la section 7  
 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

**IMPORTANT :**  
 Afin d'assurer une saine gestion de ses régimes d'assurances collectives, SSQ privilégie l'utilisation des médicaments biosimilaires.  
 L'admissibilité des demandes pour des produits biologiques de référence est assujettie à certaines conditions.

**IMPORTANT :**  
 Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique

**Section 6 : Renseignements cliniques** (Demande initiale)

**Diagnostic**

- Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde
- Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Évaluation initiale**

Date de l'évaluation \_\_\_\_\_  
 Poids du patient : \_\_\_\_\_ kg  
 Nombre d'articulations avec synovite active : \_\_\_\_\_

**Administration du médicament**

- Monothérapie
  - En association
- Précisez le traitement associé : \_\_\_\_\_

Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde		Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde
Fournissez au moins un des renseignements suivants :		Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____
Érosions visibles sur les radiographies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/L	
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	

**Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)**

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée du traitement
<b>Méthotrexate</b> Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Azathioprine</b> Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Hydroxychloroquine</b> Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Léflunomide</b> Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Sulfasalazine</b> Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Anti-TNF</b> Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Autre agent biologique</b> Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
<b>Autre</b> Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____

**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 : \_\_\_\_\_

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation		
Nombre d'articulations avec synovite active		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l	_____ mg/l
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	_____ mm/h
Poids du patient	_____ kg	_____ kg
S'il y a lieu, retour au travail	N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A

