

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

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?	<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 pour ce médicament 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
<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.	
<p>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.</p>	
Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.	
Date _____	Signature du patient (parent/tuteur légal) _____

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

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
ssq.ca

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)			
Résumé des essais antérieurs avec un corticostéroïde topique			
Corticostéroïde topique ⁽¹⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Nombre de semaines consécutives : _____		
Corticostéroïde topique ⁽²⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Nombre de semaines consécutives : _____		
Corticostéroïde topique ⁽³⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité	<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Nombre de semaines consécutives : _____		

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 : <u>AAAA-MM-JJ</u>
Indication de retraitement <input type="checkbox"/> Récidive de l'eczéma chronique des mains <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Résultat du traitement précédent avec Toctino^{MD} <input type="checkbox"/> Disparition complète ou quasi complète des symptômes <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ Période d'essai : du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

