

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignement sur l'adhérent et le patient

Nom de l'adhérent	Police / certificat	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

Veuillez 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 _____

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

DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR

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 Sofosbuvir/Velpatasvir/ Voxilaprévir	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
--	----------------------	--------	---

IMPORTANT :

Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique

Section 6 : Renseignements cliniques

Diagnostic

☐ Hépatite C chronique conformément à l'indication approuvée par Santé Canada

À titre informatif :

Vosevi est indiqué par Santé Canada pour le traitement d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez des patients adultes qui ne sont pas atteints de la cirrhose ou qui souffrent d'une cirrhose compensée infectés par :

- le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ayant reçu un traitement précédent contre le VHC contenant un inhibiteur de la NS5A;
- le génotype 1, 2, 3 ou 4 ayant reçu un traitement précédent contre le VHC contenant du sofosbuvir sans un inhibiteur de la NS5A.

☐ Autre. Précisez : _____

Administration de Vosevi^{MD}

☐ Monothérapie

☐ Autrement. Précisez: _____

Présence d'une cirrhose décompensée

☐ Oui ☐ Non

Section 6 : Renseignements cliniques (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

TRAITEMENT CONTRE LE VHC	Durée de traitement
☐ N'a jamais reçu de traitement contre le VHC	
☐ Échec thérapeutique à un traitement contre le VHC ☐ Daclatasvir ☐ Elbasvir ☐ Lédipasvir ☐ Ombitasvir ☐ Pibrentasvir ☐ Velpatasvir ☐ Autre. _____	du _____ au _____
☐ Échec thérapeutique à un traitement à base de sofosbuvir, mais sans inhibiteur de la NS5A	
☐ Autre. Précisez : _____	

Section 7 : Renseignements complémentaires

[illegible]