



FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
**Abatacept (Orencia^{MD}), adalimumab (Abrilada^{MD}, Amgevita^{MD}, Hadlima^{MD},
Hulio^{MD}, Humira^{MD}, Hyrimoz^{MD}, Idacio^{MD}, Simlandi^{MD}, Yuflima^{MD}), étanercept
(Brenzys^{MD}, Enbrel^{MD}, Erelzi^{MD}), infliximab (Remicade^{MD})/ Arthrite
idiopathique juvénile de forme polyarticulaire ou systémique**

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? | <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 | |
|---|------------|
| <p>Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.</p> <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> <p>Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.</p> | |
| 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



FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
**Abatacept (Orencia^{MD}), adalimumab (Abrilada^{MD}, Amgevita^{MD}, Hadlima^{MD},
Hulio^{MD}, Humira^{MD}, Hyrimoz^{MD}, Idacio^{MD}, Simlandi^{MD}, Yuflima^{MD}), étanercept
(Brenzys^{MD}, Enbrel^{MD}, Erelzi^{MD}), infliximab (Remicade^{MD})/ Arthrite
idiopathique juvénile de forme polyarticulaire ou systémique**

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 | Forme pharmaceutique | Teneur | Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____ |
| Type de demande | <input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez la section 6 | <input type="checkbox"/> Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ | |
| À injecter – endroit de l'administration du médicament : | | | |
| <input type="checkbox"/> Domicile | <input type="checkbox"/> Patient en consultation externe | <input type="checkbox"/> CHSLD | |
| <input type="checkbox"/> Bureau du médecin | <input type="checkbox"/> Patient hospitalisé | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez _____ | |
| Nom et adresse exacte du lieu d'administration : | | | |

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

FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
**Abatacept (Orencia^{MD}), adalimumab (Abrilada^{MD}, Amgevita^{MD}, Hadlima^{MD},
 Hulio^{MD}, Humira^{MD}, Hyrimoz^{MD}, Idacio^{MD}, Simlandi^{MD}, Yuflima^{MD}), étanercept
 (Brenzys^{MD}, Enbrel^{MD}, Erelzi^{MD}), infliximab (Remicade^{MD})/ Arthrite
 idiopathique juvénile de forme polyarticulaire ou systémique**

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Évaluation immédiatement avant le début du traitement avec le médicament demandé

Date de l'évaluation : _____

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Fournissez au moins un des renseignements suivants

Valeur de la protéine C-réactive _____ mg/l

Valeur de la vitesse de sédimentation _____ mm/h

Résumé des essais avec le méthotrexate

Méthotrexate

Posologie : _____ Inefficacité Intolérance Contre-indication Autre du _____

Précisez : _____ au _____

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite de traitement)

Renseignements nécessaires pour évaluer, après cinq mois et plus, la réponse au traitement sur les points évalués initialement

| Renseignements relatifs à l'évaluation | Évaluation initiale Date : | Évaluation subséquente la plus récente Date : |
|---|-------------------------------|--|
| Nombre d'articulations avec synovite active | | |
| Nombre d'articulations avec limitation de mouvements touchées | | |
| Valeur de la protéine C-réactive | mg/l | mg/l |
| Valeur de la vitesse de sédimentation | mm/h | mm/h |
| Score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ), ou un retour à l'école | | |
| Évaluation globale du médecin, de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue) | | |



FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS EN AUTORISATION PRÉALABLE
**Abatacept (Orencia^{MD}), adalimumab (Abrilada^{MD}, Amgevita^{MD}, Hadlima^{MD},
Hulio^{MD}, Humira^{MD}, Hyrimoz^{MD}, Idacio^{MD}, Simlandi^{MD}, Yuflima^{MD}), étanercept
(Brenzys^{MD}, Enbrel^{MD}, Erelzi^{MD}), infliximab (Remicade^{MD})/ Arthrite
idiopathique juvénile de forme polyarticulaire ou systémique**

| Section 8 : Renseignements complémentaires |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |