

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 _____

NOTE IMPORTANTE :

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	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie
Imbruvica	Comprimé	140 mg	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

IMPORTANT :
Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)	
Diagnostic	
<input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique (LLC) <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	
Administration de l'Imbruvica	
<input type="checkbox"/> Traitement de 1 ^{ère} intention <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Traitement de 2 ^e intention ou plus <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> Autrement. Précisez : _____	
Valeur ACTUELLE du statut de performance	
ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)	
Renseignements requis selon l'intention de traitement	
Traitement de 1 ^{ère} intention	Traitement de 2 ^e intention ou plus
<ul style="list-style-type: none"> • La personne est présentement SYMPTOMATIQUE et nécessite un traitement <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<ul style="list-style-type: none"> • La personne est ADMISSIBLE à recevoir un traitement contenant la FLUDARABINE <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Indiquez la ou les raisons : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> État de santé trop précaire en raison notamment d'un âge trop avancé, d'une fonction rénale altérée ou d'un score total ≥ 6 sur l'échelle CIRS <input type="checkbox"/> Intervalle sans progression de moins de 36 mois à la suite d'un traitement combinant la fludarabine et le rituximab <input type="checkbox"/> Intolérance sérieuse <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
<ul style="list-style-type: none"> • La personne est ADMISSIBLE à recevoir une chimiothérapie à base de FLUDARABINE <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Indiquez la ou les raisons : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> État de santé trop précaire en raison notamment d'un âge trop avancé, d'une fonction rénale altérée ou d'un score total ≥ 6 sur l'échelle Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ 	This column is covered by the content in the previous row's cell

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)
<p>Effet clinique bénéfique observé avec l'imbruvica</p> <p>Date de début du traitement (AAAA-MM-JJ): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence de progression de la maladie <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires