

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
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 Burosumab (Crysvita)	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____ Poids : _____
Type de demande	☐ Demande initiale Complétez la section 6		☐ 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 : ☐ Domicile ☐ Patient en consultation externe ☐ CHSLD ☐ Bureau du médecin ☐ Patient hospitalisé ☐ Autre. Précisez _____ Nom et adresse exacte du lieu d'administration :			

IMPORTANT :

Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

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

- ☐ Traitement de l'hypophosphatémie conformément à l'indication approuvée par Santé Canada

À titre informatif :

Crysvita est indiqué par Santé Canada dans le traitement de l'hypophosphatémie liée au chromosome X (XLH) chez les patients adultes et pédiatriques âgés de six mois et plus.

- ☐ Méthode de confirmation : _____

- ☐ Autre : _____

Le patient présente-t-il des signes et symptômes de la maladie ? (Douleur musculosquelettique, rachitisme, fracture, ...) ?

- ☐ Oui.

Précisez : _____

- ☐ Non

Valeurs de laboratoire

Quel est le dernier taux de phosphore sérique ?

Résultat : _____ en date du : _____ Valeur normale selon l'âge : _____

Quel est le TmP/GFR du patient ?

Résultat : _____ en date du : _____ Valeur normale : _____

Quel est le dernier débit de filtration glomérulaire du patient (GFR)?

Résultat : _____ en date du : _____

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

Autres

Prévoyez-vous arrêter l'administration de phosphates oraux et d'analogues actifs de la vitamine D au moins 1 semaine avant le début de traitement au Crysvita ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ 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 (AAAA-MM-JJ): _____

Quel est le dernier taux de phosphore sérique ?

Résultat : _____ en date du : _____ Valeur normale selon l'âge : _____

Y a-t-il eu amélioration des symptômes du patient?

- ☐ Oui.
 Précisez : _____

- ☐ Non

Section 8 : Renseignements complémentaires
