

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	
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.	
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 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 :

Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

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

- Diagnostic de granulomatose éosinophile avec polyangéite (GEPA) basé sur un antécédent ou la présence d'asthme éosinophilique ($> 1.0 \times 10^9/L$ et ou $\geq 10\%$ de leucocytes) et d'au moins deux des caractéristiques suivantes de la GEPA (veuillez préciser lesquelles).
 - Biopsie démontrant la présence de vascularite éosinophilique, d'infiltration périvasculaire éosinophile ou inflammation granulomateuse riche en éosinophiles.
 - Mono ou polyneuropathie
 - Infiltrats pulmonaires non fixés
 - Anomalie sino-nasale
 - Cardiomyopathie (confirmée par échographie cardiaque ou IRM)
 - Glomérulonéphrite (hématurie, protéinurie, érythrocytes)
 - Hémorragie alvéolaire (confirmée par lavage bronchoalvéolaire)
 - Purpura palpable
 - Détection d'anticorps anticytoplasmiques de neutrophile (ANCA)
- Autre, veuillez utiliser le formulaire d'asthme éosinophilique ou le formulaire général,

Veillez fournir les renseignements suivants :

Nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine :

Date : _____ Éosinophiles : _____ x $10^9/L$

Le patient reçoit-il une dose stable de prednisone (l'équivalent) par voie orale $\geq 7.5\text{mg/jr}$ et $\leq 50\text{mg/jr}$?

- Oui
- Non, veuillez préciser pourquoi :

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

Veillez préciser si le patient présente des antécédents de maladie récidivante ou réfractaire définis comme suit :

- Maladie récidivante** : condition qui requiert une augmentation de la dose de prednisone orale, l'initiation d'un immunosuppresseur ou l'augmentation de la dose de ce dernier ou une hospitalisation au cours des 2 dernières années et il y a au moins 12 semaines malgré l'administration d'une dose quotidienne de prednisone d'au moins 7.5mg par jour.
- Maladie réfractaire** : absence de rémission (score BVAS de 0 et dose de prednisone orale \leq 7.5mg/jr ou équivalent) au cours des 6 derniers mois malgré un traitement standard administré pour au moins 3 mois ou récurrence des symptômes suivant la baisse de la quotidienne de prednisone orale malgré une dose d'au moins 7.5mg par jour ou équivalent.

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): _____

Bénéfices associés au traitement avec Nucala^{MD} :

- Patient actuellement en rémission
 - Score BVAS _____ Date : _____
 - Dose quotidienne actuelle de prednisone : _____/jr
- Diminution \geq 50% de la dose quotidienne moyenne de prednisone comparativement à la dose de départ.
- Absence de récurrences au cours de la dernière année
- Autre, préciser :

Section 8 : Renseignements complémentaires
