

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 <u>AAAA-MM-JJ</u>

IMPORTANT :
Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

<p>Veuillez nous retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur au 1 855 453-3942.</p> <p>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</p> <p>ssq.ca</p>

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 <u>AAAA-MM-JJ</u>

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 :
Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic Précisez : _____ Date de début des symptômes : <u>AAAA-MM-JJ</u>

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)		
Résultats d'analyses de laboratoires pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT le début du traitement demandé (ex. Hb, LDL-Chol, etc.)		
Type d'analyse	Résultat	Date
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
Résultats aux échelles reconnues d'évaluation de la gravité de la condition AVANT le début du traitement demandé (ex. : DLQI, HAQ, ECOG, etc.)		
Échelle	Résultat	Date
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
Résultats d'examens cliniques pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT le début du traitement demandé (ex. : imagerie, rapport d'investigation, etc.)		
Examens	Résultat	Date
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
		<u>AAAA-MM-DD</u>
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

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

Diagnostic

Précisez : _____

Comparaison des résultats d'analyses de laboratoire pertinents à l'évaluation de la présente demande **AVANT** et **APRÈS** le début du traitement demandé (ex. : Hb, LDL-Chol, etc.)

Type d'analyse	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement) (suite)

 Comparaison des résultats aux échelles reconnues d'évaluation de la gravité de la condition **AVANT** et **APRÈS** le début du traitement demandé (ex. : DLQI, HAQ, ECOG, etc.)

Échelle	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>
	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>	Résultat : _____ Date : <u>AAAA-MM-JJ</u>

Résultats d'examens cliniques récents pertinents à l'évaluation de la réponse au traitement demandé (ex. : imagerie)

Examen clinique	Résultat	Date
		<u>AAAA-MM-JJ</u>
		<u>AAAA-MM-JJ</u>

 Autres effets bénéfiques observés depuis le début du traitement :

Section 8 : Renseignements complémentaires
