

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

Veillez 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 _____

IMPORTANT :

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

Veillez 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

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	☐ 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		

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

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Diagnostic
☐ Uvéïte non infectieuse
☐ Autre. Précisez : _____

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

Résumé des essais antérieurs

- ☐ Réponse insatisfaisante à la prise d'un corticostéroïde par voie orale pour au moins 2 semaines, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication (prednisone 10mg/jour ou plus ou l'équivalent).
- ☐ Patient sous corticostéroïde par voie orale depuis au moins 4 semaines à une posologie équivalente à 10mg par jour ou plus de prednisone et présente une cortico-dépendance définie comme une rechute ou une aggravation des symptômes lorsqu'un sevrage ou un arrêt est tenté.
- ☐ Réponse insatisfaisante à la prise d'un immunosuppresseur pour une durée appropriée, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

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) : _____

Œil gauche		Œil droit	
Acuité visuelle			
Date (AAAA-MM-JJ) : _____		Date (AAAA-MM-JJ) : _____	
☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration		☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration	
Inflammation oculaire			
Date (AAAA-MM-JJ) : _____		Date (AAAA-MM-JJ) : _____	
☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration		☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration	

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

Prise de corticostéroïdes par voie orale pendant le traitement avec Adalimumab

☐ Aucun

☐ Diminution de la dose quotidienne, précisez :

Nom : _____

Posologie avant Adalimumab : _____mg /jour

Posologie actuelle: _____mg /jour

☐ Autre, précisez : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires

[illegible]