



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Dupilumab (Dupixent^{MD}), tralokinumab (Adtralza^{MD}), upadacitinib
(Rinvoq^{MD}), abrocitinib (Cibinco^{MD}) / Dermatite atopique réfractaire

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 _____

IMPORTANT :

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

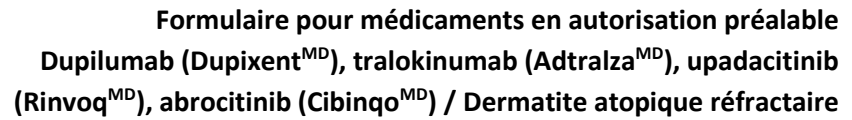
Section 5 : Médicament visé par la demande			
Nom du médicament	Forme pharmaceutique	teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	☐ Demande initiale Complétez la section 6		
	☐ Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ		

IMPORTANT :

Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)	
Diagnostic ☐ Dermatite atopique chronique modérée à sévère ☐ Autre. Précisez : _____	
Évaluation AVANT le début du traitement avec le médicament demandé Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) : _____ EASI : _____ ET DLQI : _____ Surface corporelle atteinte (BSA) : ☐ ≥ 10 % ☐ < 10 %	

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Corticostéroïde topique de puissance élevé ⁽¹⁾ Nom : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Corticostéroïde topique de puissance élevé ⁽²⁾ Nom : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Inhibiteur de la calcineurine ☐ Pimécrolimus ☐ Tacrolimus ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	du _____ au _____



Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente
Date (AAAA-MM-JJ)		
EASI		
DLQI		

[illegible]