



**Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Faricimab-Svoa (Vabysmo^{MD}) /Dégénérescence maculaire liée à l'âge
(DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne**

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
<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. 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
--

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
Vabysmo			Dose : _____ Fréquence d'administration : _____

IMPORTANT :
Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale	
Indication thérapeutique	
☐ Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne ☐ Autre. Précisez : _____	
Œil gauche	Œil droit
Administration du médicament visé par la demande	
☐ En monothérapie ☐ En association : Précisez l'agent: _____	☐ En monothérapie ☐ En association : Précisez l'agent: _____
Dimension linéaire de la lésion	
☐ ≤ à 12 surfaces de disque ☐ Autre. Précisez : _____	☐ ≤ à 12 surfaces de disque ☐ Autre. Précisez : _____

État du centre de la macula	
☐ Absence d'atteinte structurelle permanente significative* ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Absence d'atteinte structurelle permanente significative* ☐ Autre. Précisez : _____
* L'atteinte est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique, dont l'importance empêche l'obtention d'un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant.	
Évolution de la maladie des trois derniers mois, confirmée par :	
☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Changements récents de l'acuité visuelle ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Changements récents de l'acuité visuelle ☐ Autre. Précisez : _____

[illegible]