

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 – Renseignements sur l'adhérent et le patient			
Nom de l'adhérent	N° de certificat SSQ	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>Veillez 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.	
Date _____	Signature du patient (parent/tuteur légal) _____

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
ssq.ca

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale

Indication thérapeutique

Urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Veillez fournir les renseignements suivants

Date du début des symptômes d'urticaire : AAAA-MM-JJ

Calcul du UAS7 (*Weekly Urticaria Activity Score*) et du ISS (*Itching Severity Score*)

Période évaluée (dates) : Du : AAAA-MM-JJ au AAAA-MM-JJ

Traitement en cours : Médicament _____ Posologie _____

	Évaluation sur 24h	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Total
Nombre de plaques surélevées	Aucune	0	0	0	0	0	0	0	/21
	1-6 plaques	1	1	1	1	1	1	1	
	7-12 plaques	2	2	2	2	2	2	2	
	> 12 plaques	3	3	3	3	3	3	3	
Prurit	Absent	0	0	0	0	0	0	0	/21 (ISS)
	Léger	1	1	1	1	1	1	1	
	Modéré	2	2	2	2	2	2	2	
	Intense	3	3	3	3	3	3	3	
Total actuel									/42 (UAS7)

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)			
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications			
Médicament ou autre traitement médical	Posologie	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
		<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>
		<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>
		<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>
		<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 après 24 semaines)
Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement
Le médicament (Xolair ^{MD}) visé par la présente demande a été débuté le : <u>AAAA-MM-JJ</u>
<input type="checkbox"/> Réponse <u>complète</u> d'une durée inférieure à 12 semaines (UAS7 ≤ 6) <input type="checkbox"/> Réponse <u>partielle</u> (réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ et UAS7 > 6) <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

Section 7 – Renseignements cliniques (Poursuite du traitement après 24 semaines) (suite)

Scores UAS7 qui permettent de fournir la preuve de la réponse observée

Score UAS7 – Valeur de départ Date : _____	Résultat : _____
Score UAS7 – En cours de traitement Date : _____	Résultat : _____
Score UAS7 – En cours de traitement Date : _____	Résultat : _____
Score UAS7 – En cours de traitement Date : _____	Résultat : _____
Score UAS7 – En cours de traitement Date : _____	Résultat : _____
Score UAS7 – En cours de traitement Date : _____	Résultat : _____
Tout autre score UAS7 pertinent pour objectiver la réponse. Date : _____	Résultat : _____

Section 8 – Renseignements cliniques (Demande subséquente lors d’une rechute après l’arrêt du traitement)

Indication de retraitement

- Rechute à la suite d’une réponse satisfaisante au traitement précédent.
 Autre indication de retraitement. Précisez : _____

Traitement précédent

Date de la dernière injection de Xolair : AAAA-MM-JJ
Réponse obtenue : Complète Satisfaisante Autre. Précisez : _____
Score UAS7 après la dernière injection : _____ Date : AAAA-MM-JJ

Score UAS7 actuel démontrant une rechute* : _____ Date : AAAA-MM-JJ

*La rechute est définie par la RAMQ par l’atteinte d’un score UAS7 égal ou supérieur à 16.

