



**Formulaire pour médicaments en autorisation préalable**  
**Dupilumab (Dupixent<sup>MD</sup>), tralokinumab (Adtralza<sup>MD</sup>), upadacitinib**  
**(Rinvoq<sup>MD</sup>), abrocitinib (Cibinco<sup>MD</sup>) / 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 <b>prescripteur</b>                                            |            | Date              |

| Section 5 : Médicament visé par la demande |                                                                                                                                                            |        |                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------|
| Nom du médicament                          | Forme pharmaceutique                                                                                                                                       | teneur | <b>Posologie</b><br>Dose : _____<br>Fréquence d'administration : _____ |
| Type de demande                            | <input type="checkbox"/> Demande initiale<br>Complétez la section 6                                                                                        |        |                                                                        |
|                                            | <input type="checkbox"/> Poursuite du traitement<br>Complétez la section 7<br>Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ |        |                                                                        |

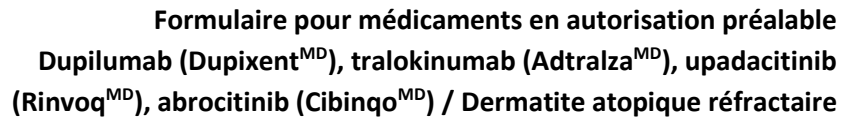
### IMPORTANT :

**Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique**

| Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Diagnostic</b>                                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Dermatite atopique chronique modérée à sévère<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____                                             |  |
| <b>Évaluation AVANT le début du traitement avec le médicament demandé</b>                                                                                              |  |
| Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) : _____                                                                                                                              |  |
| EASI : _____ <b>ET</b> DLQI : _____                                                                                                                                    |  |
| Surface corporelle atteinte (BSA) : <input type="checkbox"/> ≥ 10 % <input type="checkbox"/> < 10 %                                                                    |  |
| Atteinte grave au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |

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

| <b>Résumé des essais antérieurs ou contre-indications</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Médicament ou autre traitement médical</b>                                                                                                                            | <b>Raison de l'arrêt</b>                                                                                                                                                        | <b>Durée de traitement</b> |
| <b>Corticostéroïde topique de puissance élevé <sup>(1)</sup></b><br><br>Nom : _____                                                                                      | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| <b>Corticostéroïde topique de puissance élevé <sup>(2)</sup></b><br><br>Nom : _____                                                                                      | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| <b>Inhibiteur de la calcineurine</b><br><input type="checkbox"/> Pimécrolimus<br><input type="checkbox"/> Tacrolimus<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| <b>Photothérapie</b><br>Nombre de séances suivies : _____                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |
| Nom : _____<br><br>Posologie : _____                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Intolérance<br><input type="checkbox"/> Contre-indication<br><input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | du _____<br><br>au _____   |



### Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

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

☐ Non[illegible]