



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Aflibercept (Eylea^{MD}), ranibizumab (Byooviz^{MD}, Lucentis^{MD}) / Déficience
visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une
myopie pathologique

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 / 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 :

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.

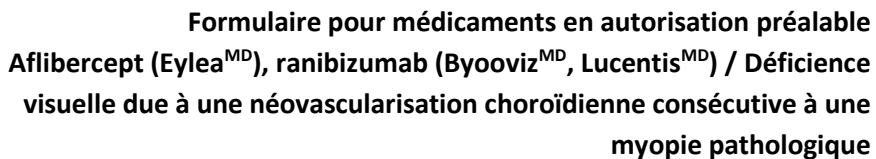
IMPORTANT :

Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale

Œil gauche	Œil droit
Administration du traitement	
☐ En monothérapie ☐ En association avec : ☐ Vertéporfine ☐ Autre. Précisez : _____	☐ En monothérapie ☐ En association avec : ☐ Vertéporfine ☐ Autre. Précisez : _____
Mesure de la myopie	
Mesure de la myopie en dioptries : _____	Mesure de la myopie en dioptries : _____
Acuité visuelle optimale après correction	
☐ Entre 6/9 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Entre 6/9 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____
Présence ou absence de liquide¹	
☐ Présence ☐ Absence	☐ Présence ☐ Absence
Examen qui confirme la présence ou l'absence de liquide¹	
☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Autre. Précisez : _____

¹Liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne.



Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Le médicament visé par la présente demande a été débuté le : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires[illegible]