



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Atogépat (Qulipta^{MD}), Eptinezumab (Vyepi^{MD}), Erenumab (Aimovig^{MD}),
Fremanezumab (Ajovy^{MD}), Galcanezumab (Emgality^{MD}),
OnabotulinumtoxinA, toxine botulinique de type A (Botox^{MD}) / Migraines

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?	<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>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
<input type="checkbox"/> Atogépan (Qulipta ^{MD})	Comprimé	10 mg 30 mg 60 mg	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Eptinezumab (Vyepi ^{MD})	Solution intraveineuse	100 mg/ml	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Erenumab (Aimovig ^{MD})	Solution sous-cutanée	70 mg 140 mg	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Fremanezumab (Ajovy ^{MD})	Solution sous-cutanée	225 mg	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Galcanezumab (Emgality ^{MD})	Solution sous-cutanée	120 mg/ml	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
<input type="checkbox"/> Onabotulinumtoxin A, toxine botulinique de type A (Botox ^{MD})	Poudre pour injection I.M.	50UI 100UI 200UI	Dose : _____ Fréquence d'administration : _____



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Atogépant (Qulipta^{MD}), Eptinezumab (Vyep^{MD}), Erenumab (Aimovig^{MD}),
Fremanezumab (Ajovy^{MD}), Galcanezumab (Emgality^{MD}),
OnabotulinumtoxinA, toxine botulinique de type A (Botox^{MD}) / Migraines

Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez la section 6	<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ
À injecter – endroit de l'administration du médicament :		
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Patient en consultation externe	<input type="checkbox"/> CHSLD
<input type="checkbox"/> Bureau du médecin	<input type="checkbox"/> Patient hospitalisé	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez _____
Nom et adresse exacte du lieu d'administration :		

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 :
Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)		
Diagnostic		
<input type="checkbox"/> Migraine épisodique		
<input type="checkbox"/> Migraine chronique		
<input type="checkbox"/> Autre, précisez: _____		
Date de début des symptômes: _____		
Complétez les renseignements nécessaires		
Résultat à l'échelle d'évaluation des migraines HIT-6		
Nombre de jours avec migraine (par mois)		
Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Antidépresseur tricyclique: Nom: _____ Posologie: _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Atogépant (Qulipta^{MD}), Eptinezumab (Vypti^{MD}), Erenumab (Aimovig^{MD}),
Fremanezumab (Ajovy^{MD}), Galcanezumab (Emgality^{MD}),
OnabotulinumtoxinA, toxine botulinique de type A (Botox^{MD}) / Migraines

Anticonvulsivant: Name Nom: _____ Posologie: _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Antihypertenseur: Nom: _____ Posologie: _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Autre: Nom: _____ Posologie: _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement)

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement

Le médicament visé par la présente demande a été débuté le (AAAA-MM-JJ): _____

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement sur les points évalués initialement

	Évaluation initiale	Dernière évaluation
Date	AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ
Résultat à l'échelle des migraines HIT-6		
Nombre de jours avec migraine (par mois)		

Section 8 : Renseignements complémentaires
