



**Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Aflibercept (Eylea^{MD}), Ranibizumab (Byooviz^{MD}, Lucentis^{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

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

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 | <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 | |

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

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association Précisez l'agent: _____ | <input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association avec : Précisez l'agent : _____ |
|--|--|

Acuité Visuelle optimale après correction

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Entre 6/12 et 6/96 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
|---|---|

Dimension linéaire de la lésion

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> ≤ à 12 surfaces de disque <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
|--|--|

État du centre de la macula

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative* <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Absence d'atteinte structurelle permanente significative* <input type="checkbox"/> 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 :

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Changements récents de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |
|--|--|

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 : _____ | |
| Œil gauche | Œil droit |
| Réponse au traitement | |
| <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration | <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Détérioration |
| Examen utilisé | |
| Date : _____ | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Angiographie rétinienne <input type="checkbox"/> Tomographie de cohérence optique <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |

Section 8 : Renseignements complémentaires

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |