



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
**Aflibercept (Eylea^{MD}), brolucizumab (Beovu^{MD}), ranibizumab (Byooviz^{MD},
Lucentis^{MD}) / Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique
(OMD)**

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?	☐ 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
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

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.

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.

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

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 :		
Date _____ Signature du prescripteur _____		

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

Indication thérapeutique

☐ Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

☐ Autre. Précisez : _____

Œil gauche	Œil droit
Administration du médicament visé par la demande	
☐ En monothérapie ☐ En association : Précisez l'agent: _____	☐ En monothérapie ☐ En association : Précisez l'agent: _____
Acuité Visuelle optimale après correction	
☐ Entre 6/9 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Entre 6/9 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____
Épaisseur du centre de la rétine	
☐ ≥ 250µm ☐ Autre. Précisez : _____	☐ ≥ 250µm ☐ 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 : _____

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement.

Œil gauche	Œil droit
Acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen	
Date (AAAA-MM-JJ) : _____	Date (AAAA-MM-JJ) : _____
☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration	☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration
Œdème maculaire évalué par une tomographie de cohérence optique	



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Aflibercept (Eylea^{MD}), brolucizumab (Beovu^{MD}), ranibizumab (Byooviz^{MD},
Lucentis^{MD}) / Déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique
(OMD)

Date (AAAA-MM-JJ) : _____ ☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration	Date (AAAA-MM-JJ) : _____ ☐ Stabilisation ☐ Amélioration ☐ Détérioration
--	--

Section 8 – Renseignements complémentaires