

Adalimumab (Abrilada^{MD}, Amgevita^{MD}, Hadlima^{MD}, Hulio^{MD}, Humira^{MD}, Hyrimoz^{MD}, Idacio^{MD}, Simlandi^{MD}, Yuflima^{MD}), apremilast (Otezla^{MD}), brodulamab (Siliq^{MD}), certolizumab pégol (Cimzia^{MD}), deucravacitinib (Sotyktu^{MD}), étanercept (Brenzys^{MD}, Enbrel^{MD}, Erelzi^{MD}), guselkumab (TremfyaTM), infliximab (Avsola^{MD}, Inflectra^{MD}, Remicade^{MD}, Renflexis^{MC}), ixékizumab (Taltz^{MD}), risankizumab (Skyrizi^{MD}), sécukinumab (Cosentyx^{MD}), tildrakizumab (Ilumya^{MD}), ustekinumab (Stelara^{MD}) /Psoriasis en plaques modéré à sévère

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignements sur l'adhérent et le patient

Nom de l'adhérent	Police	Certificat	Nom de l'employeur
Nom du patient	Date de naissance	N° de téléphone	
Adresse (no et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicament ?	<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

Veillez 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.

Veillez 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 :

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 Poursuite du traitement
Complétez la section 6 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)**Diagnostic** Psoriasis en plaques chronique grave Autre. Précisez : _____**Administration du médicament** Monothérapie (sans traitement systémique standard ou biologique) Autre. Précisez : _____**Évaluation avant le début du traitement avec le médicament demandé**

Date de l'évaluation : _____ Poids du patient : _____ kg

DLQI : _____

 PASI : _____**OU** Présence de plaques importantes sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale.

Précisez l'endroit : _____

Section 6 : Renseignements cliniques

(Demande initiale)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Photothérapie Nombre de séances suivies : _____	<input type="checkbox"/> Inaccessibilité <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Méthotrexate Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Cyclosporine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Acitrétine Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____

Recours antérieur à un agent biologique pour traiter le psoriasis ?
 Oui (veuillez remplir ci-dessous) Non

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Agent biologique⁽¹⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Agent biologique⁽²⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Agent biologique⁽³⁾ 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 : _____

	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation	_____	_____
PASI		
DLQI		
Poids du patient	_____ Kg	_____ Kg
S'il y a lieu, amélioration significative des lésions sur le visage, la paume des mains, la plante des pieds ou dans la région génitale	N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

