

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.	
<p>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.</p>	
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	<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 :
Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)
Diagnostic <input type="checkbox"/> Trouble dépressif majeur chez l'adulte répondant aux critères du DSM-5 <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____
Présence de l'un des aspects suivants : <input type="checkbox"/> Épisode unique dont la durée est ≥ 2 ans <input type="checkbox"/> Trouble dépressif majeur récurrent sans caractéristiques psychotiques
Administration de l'eskétamine <input type="checkbox"/> En association avec un ISRS? Lequel : _____ <input type="checkbox"/> En association avec un IRSN? Lequel : _____ <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
1. N'a pas répondu à au moins 2 antidépresseurs différents appartenant à 2 classes de médicaments différentes pour une durée de 4 semaines		
Médicament	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Antidépresseur Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Antidépresseur Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
ET		
2. N'a pas répondu adéquatement à un traitement avec 2 antidépresseurs utilisés en association pour une période d'au moins 4 semaines		
Médicament	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Antidépresseur Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Antidépresseur Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
ET		

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications (suite)		
3. N'a pas répondu adéquatement à un traitement avec un antidépresseur utilisé en association avec un autre médicament (ex : antipsychotique atypique, lithium, hormone thyroïdienne, etc.).		
Médicament	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Antidépresseur Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____
Autre Classe : _____ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du _____ au _____

Score total MADRS (ou score équivalent sur une autre échelle standardisée comparable)		
Échelle	Date d'évaluation	Résultat
<input type="checkbox"/> MADRS <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ _____	_____	_____

