

# Liste des médicaments en autorisation préalable

Le remboursement de certains médicaments très coûteux ou comportant un risque d'utilisation inappropriée doit être préalablement autorisé par SSQ avant d'être remboursé selon les modalités du régime.

Vous trouverez ci-dessous la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable ainsi que le *formulaire de médicaments d'exception ou sous contrôle de diagnostic* à compléter avec votre demande.

Dernière mise à jour : octobre 2017	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
ABSTRAL	Fentanyl sublingual
ACTEMRA	Tocilizumab
ADCIRCA	Tadalafil
ADEMPAS	Riociguat
AFINITOR	Évérolimus
ALECENSARO	Alectinib
APTIOM	Eslicarbazepine acétate
<b>AUBAGIO*</b>	<b>Térfilunomide</b>
BANZEL	Rufinamide
BENLYSTA	Bélimumab
BOSULIF	Bosutinib
BOTOX	Toxine botulinique
BRENZYS	Étanercept
BRIVLERA	Brivaracetam
CAPRELSA	Vandétanib
CEENU	Lomustine
CERDELGA	Eliglustat
CIALIS	Tadalafil
CIMZIA	Certolizumab pégol
COSENTYX	Secukinumab
COTELLIC	Cobimetinib
CRINONE	Progestérone
DAKLINZA	Daclatasvir
DIACOMIT	Stiripentol
DUODOPA	Lévodopa / Carbidopa
EGRIFTA	Tésamoréline
ENBREL	Étanercept
ENDOMETRIN	Progestérone
ENTYVIO	Vedolizumab
EPCLUSA	Sofosbuvir/Velpatasvir
ERIVEDGE	Vismodégib
ESBRIET	Pirféridone
<b>EXJADE*</b>	<b>Deferasirox</b>
EYLEA	Aflibercept
FAMPYRA	Fampridine
FENTORA	Fentanyl
FIRAZYR	Icatibant
FORTEO	Tériparatide
FYCOMPA	Pérampanel
GALEXOS	Siméprévir

Dernière mise à jour : octobre 2017	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
GENOTROPIN	Somatropine
GILENYA	Fingolimod
GIOTRIF	Afatinib
GLEEVEC	Imatinib
HARVONI	Ledipasvir / Sofosbuvir
HCG	Gonadotrophine chorionique
HOLKIRA PAK	Ombitasvir / Paritaprévir / Ritonavir / Dasabuvir
HUMATROPE	Somatotropine
HUMIRA	Adalimumab
IBAVYR	Ribavirine
IBRANCE	Palbociclib
ICLUSIG	Chlorhydrate de ponitinib
ILARIS	Canakinumab
IMBRUVICA	Ibrutinib
INCIVEK	Télaprévir
INFLECTRA	Infliximab
INLYTA	Axitinib
IRESSA	Géfitinib
<b>JADENU*</b>	<b>Deferasirox</b>
JAKAVI	Ruxolitinib
JETREA	Ocriplasmine
JINARC	Tolvaptan
JUXTAPID	Lomitapide
KALYDECO	Ivacaftor
KETALAR	Kétamine
KEVZARA	Sarilumab
KINERET	Anakinra
KUVAN	Dichlorhydrate de saproptérine
LANTUS	Insuline glargine
LEMTRADA	Alemtuzumab
LENVIMA	Lenvatinib
LEVITRA	Vardénaflil
LEVULAN	Chlorhydrate d'acide aminolévulinique
LUCENTIS	Ranibizumab
LYNPARZA	Olaparib
<b>MATULANE*</b>	<b>Procarbazine HCL</b>
MAVIRET	Glécaprévir/Pibrentasvir
MEKINIST	Tramétinib
MENOPUR	Ménotropines
METVIX	Aminolévulinate méthylique

Dernière mise à jour : octobre 2017	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
MYOZYME	Alglucosidase alfa
NEXAVAR	Sorafénib
NITISINONE	Orfadin
NORDITROPIN	Somatropin
NPLATE	Romiplostim
NUCALA	Mepolizumab
NUTROPIN	Somatropine
OCREVUS	Ocrélizumab
OFEV	Nintédanib
OMNITROPE	Somatropine
ORENCIA	Abatacept
ORKAMBI	Lumacaftor / Ivacaftor
OTEZLA	Apremilast
OZURDEX	Dexaméthasone implant
PEGASYS	Peginterféron alfa-2a ± rbv
PEGASYS ± RBV	Peginterféron alfa-2a / ribavirine
PEGETRON	Interféron alfa-2b péguylé / ribavirine
PHEBURANE	Phénylbutyrate sodique
POMALYST	Pomalidomide
PRALUENT	Alirocumab
PREGNYL	Ganodotrophine chorionique
<b>PULMOZYME INHALATION*</b>	<b>Dornase Alfa</b>
RAVICTI	Phénylbutyrate de glycérol
REMICADE	Infliximab
REPATHA	Évolocumab
REPRONEX	Ménotropines
RETISERT	Acétonide de fluocinolone
REVATIO	Sildénafil
REVESTIVE	Teduglutide
REVLIMID	Lénalidomide
REVOLADE	Eltrombopag
RITUXAN	Rituximab
SAIZEN	Somatropine
SAMSCA	Tolvaptan
SANDOSTATIN	Octréotide
SANDOSTATIN LR	Octréotide
SATIVEX	Cannabidiol/Delta-9-tétrahydrocannabinol
SAXENDA	Liraglutide <b>(admissible uniquement si prévu au contrat)</b>
SEROSTIM	Somatropine
SIGNIFOR	Pasiréotide
SIGNIFOR LAR	Pasiréotide
SIMPONI	Golimumab
SOMAVERT	Pegvisomant

Dernière mise à jour : octobre 2017	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
SOVALDI	Sofosbuvir
SPINRAZA	Nusinersen
SPRYCEL	Dasatinib
STAXYN	Vardénafil
STELARA	Ustékinumab
STIVARGA	Régorafénib
SUTENT	Sunitinib
TAFINLAR	Dabrafénib
TAGRISSO	Osimertinib
TALTZ	Ixékizumab
TARCEVA	Erlotinib
TASIGNA	Nilotinib
<b>TECFIDERA*</b>	<b>Dimethyl Fumarate</b>
TECHNIVIE	Ombitasvir / Paritaprèvir / Ritonavir
TEMODAL	Témozolomide
THALOMID	Thalidomide
THYROGEN	Thyrotropine alfa
<b>TRACLEER*</b>	<b>Bosentan</b>
TOCTINO	Alitrétinoïne
TYKERB	Lapatinib
TYSABRI	Natalizumab
<b>UPTRAVI*</b>	<b>Selexipag</b>
VIAGRA	Sildénafil
VICTRELIS	Bocéprèvir
VICTRELIS TRIPLE	Bocéprèvir/ peginterféron alfa-2b/ RBV
<b>VOLIBRIS*</b>	<b>Ambrisentan</b>
VOSEVI	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprèvir
VOTRIENT	Pazopanib
XALKORI	Crizotinib
XELJANZ	Citrate de tofacitinib
XENICAL	Orlistat <b>(admissible uniquement si prévu au contrat)</b>
XEOMIN	IncobotulinumtoxinA
XOLAIR	Omalizumab
XTANDI	Enzalutamide
XYREM	Oxybate de sodium
ZAVESCA	Miglustat
ZAXINE	Rifaximin
ZELBORAF	Vemurafénib
ZEPATIER	Elbasvir / Grazoprèvir
ZOLINZA	Vorinostat
ZYDELIG	Idéllalisib
ZYKADIA	Céritinib
ZYTIGA	Acétate d'abiratéronne

**Veillez faire compléter ce formulaire d'autorisation préalable de médicaments d'exception par votre médecin.** Si vous êtes couvert par un autre régime (public ou privé), le médecin doit l'indiquer ci-dessous. Votre demande sera étudiée et évaluée par notre Service d'autorisation préalable de médicaments, qui vous transmettra les résultats. **Remarque : toute information incomplète ou manquante peut retarder le traitement de votre demande.**

### SECTION 1 - À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom de l'adhérent	N° de certificat SSQ	Nom de l'employeur
Nom du patient	Date de naissance (A/M/J)	N° de téléphone
Adresse (n° et rue)	Ville	Province Code postal

J'autorise par la présente tout médecin / dentiste autorisé, médecin praticien, hôpital, clinique ou établissement médical à transmettre à SSQ de l'information concernant ma santé. J'autorise SSQ à échanger les renseignements avec d'autres parties, au besoin, et seulement lorsque ces renseignements sont nécessaires pour administrer cette demande de prestations et(ou) pour confirmer l'exactitude de ces renseignements.

Date \_\_\_\_\_ Signature du patient \_\_\_\_\_

(Si le patient est âgé de moins de 16 ans, la signature de l'adhérent est requise.)

### SECTION 2 - À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Nom du médecin	Signature du médecin	Spécialité	No de permis	Date (A/M/J)
Adresse		N° de téléphone		
Ville	Province	Code postal	N° de télécopieur	

### SECTION 3 - MÉDICAMENT POUR LEQUEL ON DEMANDE UNE AUTORISATION

Nom du produit/teneur/posologie/durée du traitement:	Diagnostic :
--	--------------

À injecter - endroit de l'administration du médicament : **COCHER UNE RÉPONSE**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOMICILE            | <input type="checkbox"/> PATIENT EN CONSULTATION EXTERNE |
| <input type="checkbox"/> BUREAU DU MÉDECIN   | <input type="checkbox"/> CHSLD                           |
| <input type="checkbox"/> PATIENT HOSPITALISÉ | <input type="checkbox"/> AUTRE, PRÉCISEZ _____           |

Traitement(s) antérieur(s) pour l'état de santé précité (Veillez inclure les résultats de laboratoire pertinents):	Renseignements sur la personne-ressource :
--	--

Nom du produit/posologie/durée et résultats du traitement précédent :

---



---



---

Autres commentaires concernant ce médicament ou l'état de santé :

Veillez nous fournir des renseignements sur les autres protections (provinciale ou privée) concernant ce patient et ce (ces) médicament(s) :  
 Demande faite pour une autre protection :  Oui  Non  Approuvée  Refusée

### SECTION 4 - NOUS JOINDRE

www.ssq.ca	Retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur 1-855-453-3942
	Français: 418-651-2588 ou sans frais 1-800-380-2588
	Anglais: 418-651-2551 ou sans frais 1-888-400-0023

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.