Demande d'autorisation de paiement

Aflibercept (Eylea[MD]), Ranibizumab (Lucentis[MD]) / Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en présence de néovascularisation choroïdienne

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?	☐ 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 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 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**

NOTE IMPORTANTE :
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 MÉDECIN

Section 4 : Renseignements sur le médecin prescripteur

Nom du médecin _____ Spécialité _____ Nº de permis _____

Nº de téléphone _____ Nº de télécopieur _____

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :

Signature du médecin _____ **Date** _____

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

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	
☐ En monothérapie ☐ En association: Précisez l'agent : _____	☐ En monothérapie ☐ En association: Précisez l'agent : _____
Acuité Visuelle optimale après correction	
☐ Entre 6/12 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Entre 6/12 et 6/96 ☐ Autre. Précisez : _____
Dimension linéaire de la lésion	
☐ ≤ à 12 surfaces de disque ☐ Autre. Précisez : _____	☐ ≤ à 12 surfaces de disque ☐ Autre. Précisez : _____
État du centre de la macula	
☐ Absence d'atteinte structurelle permanente significative* ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Absence d'atteinte structurelle permanente significative* ☐ 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 :	
☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Changements récents de l'acuité visuelle ☐ Autre. Précisez : _____	☐ Angiographie rétinienne ☐ Tomographie de cohérence optique ☐ Changements récents de l'acuité visuelle ☐ 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	
☐ Stabilisation	☐ Stabilisation
☐ Amélioration	☐ Amélioration
☐ Détérioration	☐ Détérioration
Examen utilisé	
Date : _____	Date : _____
☐ Angiographie rétinienne	☐ Angiographie rétinienne
☐ Tomographie de cohérence optique	☐ Tomographie de cohérence optique
☐ Autre. Précisez : _____	☐ Autre. Précisez : _____

Section 8 : Renseignements complémentaires