Demande d'autorisation de paiement

Abatacept (Orencia[MD]), adalimumab (Humira[MD]), apremilast (Otezla[MD]), certrolizumab pegol (Cimzia[MD]), Critrate de tofacitinib (Xeljanz[MD]) étanercet (Enbrel[MD], Erelzi[MD]), golimumab (Simponi[MD]), infliximab (Inflectra[MD], Remicade[MD], Renflexis[MC]), ixekizumab (Taltz[MD]), sécukinumab (Cosentyx[MD]), ustekinumab (Stelara[MD]) / Arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou de forme autre que rhumatoïde

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 _____ N° de permis _____

N° de téléphone _____ N° 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

Note importante :

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.

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Diagnostic

☐ Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde

☐ Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde

☐ Autre. Précisez : _____

Évaluation initiale

Date de l'évaluation _____

Poids du patient : _____ kg

Nombre d'articulations avec synovite active : _____

Administration du médicament

☐ Monothérapie

☐ En association

Précisez le traitement associé : _____

Arthrite psoriasique de forme rhumatoïde		**Arthrite psoriasique de forme autre que rhumatoïde**
Fournissez au moins un des renseignements suivants :		Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ) : _____
Érosions visibles sur les radiographies	☐ Oui ☐ Non	
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/L	
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt	Durée du traitement
Méthotrexate Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Azathioprine Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Hydroxychloroquine Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Léflunomide Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Sulfasalazine Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Anti-TNF Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Autre agent biologique Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ Autre. Précisez : _____	Du _____ Au _____
Autre Nom : _____ Posologie : _____	☐ Inefficacité ☐ Intolérance ☐ Contre-indication ☐ 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 : _____

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
Date de l'évaluation		
Nombre d'articulations avec synovite active		
Score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ)		
Valeur de la protéine C-réactive	_____ mg/l	_____ mg/l
Valeur de la vitesse de sédimentation	_____ mm/h	_____ mm/h
Poids du patient	_____ kg	_____ kg
S'il y a lieu, retour au travail	N/A	☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Section 8 : Renseignements complémentaires