

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	No de téléphone	
Adresse (no et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicaments? 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 Assurance 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 Assurance les renseignements demandés. De plus, j'autorise SSQ Assurance 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

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

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Section 5 : Médicament visé par la demande

Nom du médicament	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie (cochez)
Xolair			Dose : _____ Fréquence d'administration : _____

Type de demande

Demande initiale

Complétez la section 6

Demande de poursuite du traitement après 24 semaines

Complétez la section 7

Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement

Complétez la section 8

À injecter – endroit de l'administration du médicament :

Domicile

Patient en consultation externe

CHSLD

Bureau du médecin

Patient hospitalisé

Autre. Précisez _____

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Indication thérapeutique

Pour la personne souffrant d'urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée ou grave

Autre. Précisez : _____

Score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) : _____

Résumé des essais antérieurs		
ANTIHISTAMINIQUES	RÉSULTATS	PÉRIODE D'ESSAI (S'IL Y A LIEU)
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Du _____ Au _____
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Du _____ Au _____
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Du _____ Au _____
Nom : _____ Posologie (dose optimisée) : _____	<input type="checkbox"/> Mauvais contrôle <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	Du _____ Au _____

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement après 24 semaines)

- Réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines (UAS7 \leq 6)
- Réponse partielle (réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ et UAS7 > 6)

Scores UAS7 au cours des 24 semaines de traitement

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Date de l'évaluation : | A | A | A | A | M | M | J | J | Score UAS7 obtenu : _____

Section 8 : Renseignements cliniques (Demande subséquente lors d'une rechute après l'arrêt du traitement)

Traitement précédent

Date de la dernière injection : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Réponse :

- Satisfaisante

Score UAS7 obtenu : _____

- Autre. Précisez : _____

Score UAS7 actuel démontrant une rechute : _____

Section 9 : Renseignements complémentaires
