

## 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
<b><i>Veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable</i></b>			

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 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.</p>	
Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.	
Signature du <b>patient</b> (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 <b>médecin</b> _____		Date _____	
Section 5 : Médicament visé par la demande			
Simponi	Forme pharmaceutique	Teneur	<b>Posologie</b> Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale		<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement

**Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale**

**Diagnostic**

- Spondylarthrite axiale non-radiographique
- Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Évaluation avant le début du traitement avec le médicament demandé**

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Date du début des symptômes : \_\_\_\_\_

BASDAI (échelle de 0 à 10) : \_\_\_\_\_

BASFI (échelle de 0 à 10) : \_\_\_\_\_

Présence de signes objectifs d'inflammation :

- Taux élevé de protéine C-réactive

Résultat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Et/ou

- Signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique

Date de l'examen : \_\_\_\_\_

**Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (Suite)**

**Résumé des essais antérieurs ou contre-indications**

AINS	Raison de l'arrêt	Durée de traitement
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du _____ au _____

<b>Aucun AINS</b>	<input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	
	<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

Renseignements relatifs à l'évaluation	Évaluation initiale	Évaluation subséquente
Date	<u>AAAA-MM-JJ</u>	<u>AAAA-MM-JJ</u>
BASDAI (0 à 10)		
BADSF1 (0 à 10)		
Retour au travail	N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A

**Section 8 : Renseignements complémentaires**
