

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 : Autorisation à la communication de renseignements personnels
<p>Je certifie que les renseignements faisant l'objet de la présente demande d'autorisation de paiement sont complets, exacts et véridiques.</p> <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> <p>Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.</p> <p>Signature du patient (parent/tuteur légal) _____ Date _____</p>

NOTE IMPORTANTE :
Toute correspondance relative au présent formulaire sera transmise à l'adresse indiquée au dossier de l'adhérent.

Veillez 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 3 : 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 _____

Section 4 : Renseignements cliniques
<p>Diagnostic</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur neuropathique chronique réfractaire aux traitements pharmacologiques standards</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur liée au cancer réfractaire aux traitements pharmacologiques standards</p> <p><input type="checkbox"/> Spasticité secondaire à la sclérose en plaques ou à une lésion de la moelle épinière réfractaire aux traitements pharmacologiques standards</p> <p><input type="checkbox"/> Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie réfractaires aux traitements pharmacologiques standards</p>

<p>NOTE:</p> <p>Pour être admissible à un remboursement, le cannabis à des fins médicales doit être acheté uniquement auprès d'un titulaire de licence de vente dûment autorisé par Santé Canada.</p> <p>Les frais liés à la production, à l'administration, à la prescription ou à l'obtention du cannabis à des fins médicales ne sont pas admissibles à un remboursement.</p> <p>Veuillez noter qu'un remboursement est possible uniquement si votre contrat d'assurance inclut la clause «cannabis à des fins médicales».</p>
--

Section 5 : Renseignements complémentaires