



Formulaire pour médicaments en autorisation préalable
Alirocumab (Praluent^{MD}), evolocumab (Repatha^{MD}), inclisiran (Leqvio^{MD}) /
Hyperlipidémie

Section 1 – Renseignements sur l’adhérent et le patient			
Nom de l’adhérent	N° de certificat SSQ	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
<i>Veuillez joindre les documents d’acceptation ou de refus si applicable</i>			

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 pertinent 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 pertinent 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.	
Date _____	Signature du patient (parent/tuteur légal) _____
IMPORTANT :	
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	

Section 4 – Renseignements sur le prescripteur		
Nom du prescripteur	Spécialité	N° de permis
N° de téléphone		N° de télécopieur
Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts :		
Date _____ Signature du prescripteur _____		

Section 5 – Médicament visé par la demande			
Nom du médicament	Forme pharmaceutique	teneur	Posologie Dose : _____ Fréquence d'administration : _____
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale Complétez la section 6		<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement Complétez la section 7 Complétez également la section 6 s'il s'agit d'une première demande chez SSQ

IMPORTANT :
 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.

IMPORTANT :

Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale

Indication thérapeutique

L'usage du médicament respecte l'indication approuvée par Santé Canada en ce qui concerne :

Hyperlipidémie primaire (familiale ou non-familiale)

À titre informatif :

Praluent, Repatha et Leqvio sont indiqués par Santé Canada pour la réduction du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) chez les adultes présentant une hyperlipidémie primaire (hypercholestérolémie familiale hétérozygote ou non familiale).

Repatha est indiqué par Santé Canada comme traitement d'appoint au régime alimentaire et à d'autres traitements servant à abaisser le taux de cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL) (p. ex., les statines, l'ézétimibe, l'aphérese des LDL) chez les patients adultes et les adolescents de 12 ans ou plus atteints d'hypercholestérolémie familiale (HF) homozygote qui ont besoin d'une réduction supplémentaire de leur taux de C-LDL.

Prévention des événements cardiovasculaires chez les adultes atteints de maladie cardiovasculaire athérosclérotique (MCVA) :

Non cliniquement manifeste

Précisez : _____

Cliniquement manifeste

Angine stable/instable

Infarctus du myocarde

AVC

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez le diagnostic : _____

Administration du médicament visé par la demande

En prévention primaire

En prévention secondaire

En monothérapie

En combinaison

Précisez le traitement utilisé en combinaison :

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Résultat lipidique

Au moment du diagnostic

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) : _____

Cholestérol Total : _____ mmol/l

LDL-C : _____ mmol/l

HDL-C : _____ mmol/l

Apo-B : _____ mg/l

Avant le début du traitement avec l'alirocumab ou l'évolocumab ou l'inclisiran

Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) : _____

Cholestérol Total : _____ mmol/l

LDL-C : _____ mmol/l

HDL-C : _____ mmol/l

Apo-B : _____ mg/l

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt de traitement	Durée du traitement
Statines⁽¹⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Statines⁽²⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Statines⁽³⁾ Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

Section 6 – Renseignements cliniques – Demande initiale (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications

Médicament ou autre traitement médical	Raison de l'arrêt de traitement	Durée du traitement
Fibrates Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Séquestrants de l'acide biliaire Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Ezetimibe Posologie : _____ _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>
Autre agent Nom : _____ Posologie : _____ _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	du <u>AAAA-MM-JJ</u> au <u>AAAA-MM-JJ</u>

