

Veillez faire remplir le présent formulaire par votre médecin. Les renseignements obtenus serviront à analyser votre demande de remboursement à l'égard d'un médicament non générique. À cette fin, une attestation médicale correspondant à l'un des codes justificatifs ci-dessous doit être fournie afin d'autoriser le remboursement du médicament réclamé sans que la personne assurée ait à assumer l'écart de prix entre le médicament innovateur et sa version la moins coûteuse.

SECTION 1 – À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom de l'adhérent		N° de certificat SSQ (N° à 7 chiffres)	Nom de l'employeur	
Nom du patient		Date de naissance A A A A M M J J		N° de téléphone
Adresse (n° et rue)				
Ville		Province		Code postal

J'autorise par la présente tout médecin/dentiste autorisé/médecin praticien, hôpital, clinique ou établissement médical à transmettre à SSQ de l'information concernant ma santé. J'autorise SSQ à échanger les renseignements avec d'autres parties, au besoin, et seulement lorsque ces renseignements sont nécessaires pour administrer cette demande de remboursement ou pour confirmer l'exactitude de ces renseignements.

Date Signature du patient _____

(Si le patient est âgé de moins de 16 ans, la signature de l'adhérent est requise).

SECTION 2 – À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Nom du médecin		N° de permis
Je certifie que les informations fournies sont véridiques et je comprends qu'une autorisation pourrait être renversée si, après vérification, elle est jugée non-éligible en fonction de la politique des médicaments de marques déposées de SSQ.		
Signature du médecin		Date A A A A M M J J

SECTION 3 – MÉDICAMENT(S) POUR LEQUEL(S) ON DEMANDE UNE(DES) AUTORISATION(S)

Considérations thérapeutiques qui justifient la prise d'un ou plusieurs produits innovateurs

Code justificatif	Considérations thérapeutiques qui justifient la prise d'un ou plusieurs produits innovateurs
NPS A	Allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur
NPS B	Intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur
Immuno	Prescription portant la mention « Ne pas substituer » pour un immunosuppresseur (azathioprine, mycophénolate mofétil, mycophénolate sodique, sirolimus, tacrolimus)
Clozapine	Prescription portant la mention « Ne pas substituer » pour la clozapine

SVP Veuillez remplir le tableau suivant en inscrivant les renseignements demandés

Nom du produit						
Code justificatif	<input type="checkbox"/> NPS A	<input type="checkbox"/> NPS B	<input type="checkbox"/> NPS A	<input type="checkbox"/> NPS B	<input type="checkbox"/> NPS A	<input type="checkbox"/> NPS B
	<input type="checkbox"/> Immuno	<input type="checkbox"/> Clozapine	<input type="checkbox"/> Immuno	<input type="checkbox"/> Clozapine	<input type="checkbox"/> Immuno	<input type="checkbox"/> Clozapine

SECTION 4 – NOUS REJOINDRE

Retourner le présent formulaire par **télécopieur** : 1 855 453-3942
Français sans frais : 1 877 651-8080 • **Anglais** sans frais : 1 888 651-8181 ou ssq.ca

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.