

Liste des médicaments en autorisation préalable

Le remboursement de certains médicaments très coûteux ou comportant un risque d'utilisation inappropriée doit être préalablement autorisé par SSQ avant d'être remboursé selon les modalités du régime.

Vous trouverez ci-dessous la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable ainsi que le *formulaire de médicaments d'exception ou sous contrôle de diagnostic* à compléter avec votre demande.

Dernière mise à jour : janvier 2018	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
ABSTRAL	Fentanyl sublingual
ACTEMRA	Tocilizumab
ADCIRCA	Tadalafil
ADEMPAS	Riociguat
AFINITOR	Évérolimus
ALECENSARO	Alectinib
APTIOM	Eslicarbazepine acétate
AUBAGIO*	Térfiflunomide
BANZEL	Rufinamide
BELBUCA	Buprénorphine
BENLYSTA	Bélimumab
BOSULIF	Bosutinib
BOTOX	Toxine botulinique
BRENZYS	Etanercept
BRIVLERA	Brivaracetam
CAPRELSA	Vandétanib
CEENU	Lomustine
CERDELGA	Eliglustat
CIALIS	Tadalafil
CIMZIA	Certolizumab pégol
COSENTYX	Secukinumab
COTELLIC	Cobimetinib
CRINONE	Progestérone
DAKLINZA	Daclatasvir
DIACOMIT	Stiripentol
DUODOPA	Lévodopa / Carbidopa
DUXIPENT	Dupulumab
EGRIFTA	Tésamoréline
ENBREL	Étanercept
ENDOMETRIN	Progestérone
ENTYVIO	Vedolizumab
EPCLUSA	Sofosbuvir/Velpatasvir
ERIVEDGE	Vismodégib
ESBRIET	Pirféridone
EXJADE*	Deferasirox
EYLEA	Aflibercept
FAMPYRA	Fampridine
FENTORA	Fentanyl
FIRAZYR	Icatibant
FORTEO	Tériparatide
FYCOMPA	Pérampanel

Dernière mise à jour : janvier 2018	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
GALEXOS	Siméprévir
GENOTROPIN	Somatropine
GILENYA	Fingolimod
GIOTRIF	Afatinib
GLEEVEC	Imatinib
HARVONI	Ledipasvir / Sofosbuvir
HCG	Gonadotrophine chorionique
HOLKIRA PAK	Ombitasvir / Paritaprévir / Ritonavir / Dasabuvir
HUMATROPE	Somatotropine
HUMIRA	Adalimumab
IBAVYR	Ribavirine
IBRANCE	Palbociclib
ICLUSIG	Chlorhydrate de ponitinib
ILARIS	Canakinumab
IMBRUVICA	Ibrutinib
INCIVEK	Télaprévir
INFLECTRA	Infliximab
INLYTA	Axitinib
IRESSA	Géfitinib
JADENU*	Deferasirox
JAKAVI	Ruxolitinib
JETREA	Ocriplasmine
JINARC	Tolvaptan
JUXTAPID	Lomitapide
KALYDECO	Ivacaftor
KETALAR	Kétamine
KEVZARA	Sarilumab
KINERET	Anakinra
KUVAN	Dichlorhydrate de saproptérine
LANTUS	Insuline glargine
LEMTRADA	Alemtuzumab
LENVIMA	Lenvatinib
LEVITRA	Vardénafl
LEVULAN	Chlorhydrate d'acide aminolévulinique
LUCENTIS	Ranibizumab
LYNPARZA	Olaparib
MATULANE*	Procarbazine HCL
MAVENCLAD	Cladribine
MAVIRET	Glécaprévir/Pibrentasvir
MEKINIST	Tramétinib
MENOPUR	Ménotropines

Dernière mise à jour : janvier 2018	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
MOVAPO	Chlorhydrate d'apomorphine
METVIX	Aminolévulinate méthylique
MYOZYME	Alglucosidase alfa
NEXAVAR	Sorafénib
NITISINONE	Orfadin
NORDITROPIN	Somatropin
NPLATE	Romiplostim
NUCALA	Mepolizumab
NUTROPIN	Somatropine
OCREVUS	Ocrélizumab
OFEV	Nintédanib
OMNITROPE	Somatropine
ORENCIA	Abatacept
ORFADIN	Nitisinone
ORKAMBI	Lumacaftor / Ivacaftor
OTEZLA	Apremilast
OZURDEX	Dexaméthasone implant
PEGASYS	Peginterféron alfa-2a ± rbv
PEGASYS ± RBV	Peginterféron alfa-2a / ribavirine
PEGETRON	Interféron alfa-2b péguylé / ribavirine
PHEBURANE	Phénylbutyrate sodique
POMALYST	Pomalidomide
PRALUENT	Alirocumab
PREGNYL	Ganodotrophine chorionique
PROCYSBI	Cystéamine
PULMOZYME INHALATION*	Dornase Alfa
RAVICTI	Phénylbutyrate de glycérol
REMICADE	Infliximab
REPATHA	Évolocumab
REPRONEX	Ménotropines
RETISERT	Acétonide de fluocinolone
REVATIO	Sildénafl
REVESTIVE	Teduglutide
REVLIMID	Lénalidomide
REVLADE	Eltrombopag
RITUXAN	Rituximab
RYDAPT	Midostaurine
SAIZEN	Somatropine
SAMSCA	Tolvaptan
SANDOSTATIN	Ocréotide
SANDOSTATIN LR	Ocréotide
SATIVEX	Cannabidiol/Delta-9-tétrahydrocannabinol
SAXENDA	Liraglutide (admissible uniquement si prévu au contrat)
SEROSTIM	Somatropine
SIGNIFOR	Pasiréotide
SIGNIFOR LAR	Pasiréotide

Dernière mise à jour : janvier 2018	
NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
*Les médicaments marqués d'un astérisque ne requièrent pas d'autorisation préalable pour la clientèle du Québec.	
SIMPONI	Golimumab
SOMAVERT	Pegvisomant
SOVALDI	Sofosbuvir
SPINRAZA	Nusinersen
SPRYCEL	Dasatinib
STAXYN	Vardénafl
STELARA	Ustékinumab
STIVARGA	Régorafénib
SUTENT	Sunitinib
TAFINLAR	Dabrafénib
TAGRISSO	Osimertinib
TALTZ	Ixékizumab
TARCEVA	Erlotinib
TASIGNA	Nilotinib
TECFIDERA*	Dimethyl Fumarate
TECHNIVIE	Ombitasvir / Paritaprèvir / Ritonavir
TEMODAL	Témozolomide
THALOMID	Thalidomide
THYROGEN	Thyrotropine alfa
TOCTINO	Alitrétinoïne
TRACLEER*	Bosentan
TREMFYA	Guselkumab
TYKERB	Lapatinib
TYSABRI	Natalizumab
UPTRAVI*	Selexipag
VIAGRA	Sildénafl
VICTRELIS	Bocéprèvir
VICTRELIS TRIPLE	Bocéprèvir/ peginterféron alfa-2b/ RBV
VOLIBRIS*	Ambrisentan
VOSEVI	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprèvir
VOTRIENT	Pazopanib
XALKORI	Crizotinib
XELJANZ	Critrate de tofacitinib
XENICAL	Orlistat (admissible uniquement si prévu au contrat)
XEOMIN	IncobotulinumtoxinA
XOLAIR	Omalizumab
XTANDI	Enzalutamide
XYREM	Oxybate de sodium
ZAVESCA	Miglustat
ZAXINE	Rifaximin
ZELBORAF	Vemurafénib
ZEPATIER	Elbasvir / Grazoprèvir
ZOLINZA	Vorinostat
ZYDELIG	Idélalisib
ZYKADIA	Céritinib
ZYTIGA	Acétate d'abiratérone

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Section 1 : Renseignements sur l'adhérent et le patient

_____	Police	Certificat	_____
Nom de l'adhérent			Nom de l'employeur
_____	Date de naissance		N° de téléphone
Nom du patient			
_____	_____	_____	_____
Adresse (no et rue)	Ville	Province	Code postal

Section 2 : Autres contrats d'assurance médicament

Possédez-vous une autre assurance médicament?	<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

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, 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.

Les photocopies de la présente ont la même valeur que l'original.

Signature du patient (parent/tuteur légal)

_____ A A A A M M J J
Date

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 prescripteur

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
			Dose : _____ Fréquence d'administration : _____

Type de demande

Demande initiale

Poursuite du traitement

Complétez la section 6

Complétez la section 7

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

À injecter – endroit de l'administration du médicament :

Domicile

Patient en consultation externe

CHSLD

Bureau du médecin

Patient hospitalisé

Autre. Précisez : _____

Nom et adresse exacte du lieu d'administration

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale)

Diagnostic

Précisez : _____

Date de début des symptômes : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Résultats d'analyses de laboratoires pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT le début du traitement demandé (ex. : Hb, LDL-Chol, etc.)

Type d'analyse	Résultat	Date
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

Résultats aux échelles reconnues d'évaluation de la gravité de la condition AVANT le début du traitement demandé (ex. : DLQI, HAQ, ECOG, etc.)

Échelle	Résultat	Date
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

Résultats d'exams cliniques pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT le début du traitement demandé (ex. : imagerie, rapport d'investigation, etc.)

Examen	Résultat	Date
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite)

Résumé des essais antérieurs ou contre-indications		
Médicament ou autre traitement médical	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 A A A A M M J J Au A A A A M M J J
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J
Nom : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____	Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J

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

Comparaison des résultats d'analyses de laboratoire pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT et APRÈS le début du traitement demandé (ex. : Hb, LDL-Chol, etc.)

Type d'analyse	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J

Section 7 : Renseignements cliniques (Poursuite du traitement) (suite)

Comparaison des résultats aux échelles reconnues d'évaluation de la gravité de la condition AVANT et APRÈS le début du traitement demandé (ex. : DLQI, HAQ, ECOG, etc.)

Échelle	Évaluation initiale	Évaluation subséquente la plus récente
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J
	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J	Résultat : _____ Date : A A A A M M J J

Résultats d'examen cliniques récents pertinents à l'évaluation de la réponse au traitement demandé (ex. : imagerie)

Examen clinique	Résultat	Date
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

Autres effets bénéfiques observés depuis le début du traitement :

Section 8 : Renseignements complémentaires
