

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 |
| <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. | |
| <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 patient (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 médecin _____ | | Date _____ |

| 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 |
| À injecter – endroit de l'administration du médicament : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Patient en consultation externe <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Bureau du médecin <input type="checkbox"/> Patient hospitalisé <input type="checkbox"/> Autre. Précisez _____ Nom et adresse exacte du lieu d'administration : _____ | | | |

| Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) |
|--|
| Diagnostic Précisez : _____ Date de début des symptômes (AAAA-MM-JJ): _____ |

| Section 6 : Renseignements cliniques (Demande initiale) (suite) | | |
|---|----------|----------------------|
| 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 (AAAA-MM-JJ) |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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 (AAAA-MM-JJ) |
| | | |
| | | |
| | | |
| Résultats d'examens cliniques pertinents à l'évaluation de la présente demande AVANT le début du traitement demandé (ex. : imagerie, rapport d'investigation, etc.) | | |
| Examens | Résultat | Date (AAAA-MM-JJ) |
| | | |
| | | |
| | | |
| Cette condition a-t-elle des répercussions fonctionnelles reconnues physiques ou psychologiques sur les activités habituelles de cette personne? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Remplir le tableau suivant (si le traitement demandé est déjà commencé, répondre en tenant compte de l'état de la personne avant le début du traitement). | | |
| Type d'activité | | Degré de limitation* |
| Activités physiques (marcher, monter les escaliers, soulever un objet ou autre) | | |
| Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre) | | |
| Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi rémunéré ou non, fréquentation scolaire, emplettes, loisirs, pratique d'un sport ou autre) | | |
| Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites chez des membres de la famille, bénévolat ou autre) | | |
| * 0 = aucune limitation 1 = limitation légère 2 = limitation modérée 3 = limitation grave 4 = limitation extrême | | |

| 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 _____ 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 _____ |
| 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 _____ |
| <p>Décrire, s'il y a lieu, les autres médicaments ou traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition qui ne peuvent être prescrits à cause des conditions cliniques particulières au présent cas :</p> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 (AAAA-MM-JJ): _____

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 : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |

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 : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |
| | Résultat : _____ Date : _____ | Résultat : _____ Date : _____ |

