

Veillez faire compléter ce formulaire d'autorisation préalable de médicaments d'exception par votre médecin. Si vous êtes couvert par un autre régime (public ou privé), le médecin doit l'indiquer ci-dessous. Votre demande sera étudiée et évaluée par notre Service d'autorisation préalable de médicaments, qui vous transmettra les résultats. **Remarque : toute information incomplète ou manquante peut retarder le traitement de votre demande.**

SECTION 1 - À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom de l'adhérent	N° de certificat SSQ	Nom de l'employeur
Nom du patient	Date de naissance (A/M/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 prestations et(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	Signature du médecin	Spécialité	No de permis	Date (A/M/J)
Adresse		N° de téléphone		
Ville	Province	Code postal	N° de télécopieur	

SECTION 3 - MÉDICAMENT POUR LEQUEL ON DEMANDE UNE AUTORISATION

Nom du produit/teneur/posologie/durée du traitement:	Diagnostic :
--	--------------

À injecter - endroit de l'administration du médicament : **COCHER UNE RÉPONSE**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DOMICILE | <input type="checkbox"/> PATIENT EN CONSULTATION EXTERNE |
| <input type="checkbox"/> BUREAU DU MÉDECIN | <input type="checkbox"/> CHSLD |
| <input type="checkbox"/> PATIENT HOSPITALISÉ | <input type="checkbox"/> AUTRE, PRÉCISEZ _____ |

Traitement(s) antérieur(s) pour l'état de santé précité (Veillez inclure les résultats de laboratoire pertinents):	Renseignements sur la personne-ressource :
--	--

Nom du produit/posologie/durée et résultats du traitement précédent :

Autres commentaires concernant ce médicament ou l'état de santé :

Veillez nous fournir des renseignements sur les autres protections (provinciale ou privée) concernant ce patient et ce (ces) médicament(s) :
 Demande faite pour une autre protection : Oui Non Approuvée Refusée

SECTION 4 - NOUS JOINDRE

www.ssq.ca Retourner le présent formulaire par la poste ou par télécopieur 1-855-453-3942
 Français: 418-651-2588 ou sans frais 1-800-380-2588
 Anglais: 418-651-2551 ou sans frais 1-888-400-0023

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