

**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 | A A A A M M J J | 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.**