

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
POUR DES MÉDICAMENTS DE MARQUE DÉPOSÉE**

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 preuve médicale doit être fournie attestant que la prise d'un médicament générique ou cliniquement équivalent entraîne une réaction indésirable importante.

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 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
----------------	--------------

Signature du médecin	Date A A A A M M J J
----------------------	-------------------------

Adresse		
N° de téléphone	N° de télécopieur	
Ville	Province	Code postal

SECTION 3 – MÉDICAMENT POUR LEQUEL ON DEMANDE UNE AUTORISATION

Nom du produit visé :

DIN :	Teneur et Posologie :
-------	-----------------------

Diagnostic :	Durée de traitement :
--------------	-----------------------

Médicament générique ou cliniquement équivalent essayé :

DIN :	Teneur et Posologie :
-------	-----------------------

Description de la réaction indésirable (nature, étendue, gravité) :

Répercussions de la réaction indésirable (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

Met la vie en danger ☐ Hospitalisation ☐ Réaction allergique importante ☐

Autre (préciser) : _____

SECTION 4 – NOUS JOINDRE

www.ssq.ca

Retourner le présent formulaire par courrier 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 1 800 400-0023

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