

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.

NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
ABSTRAL	Fentanyl sublingual
ACTEMRA	Tocilizumab
ADCIRCA	Tadalafil
ADEMPAS	Riociguat
AFINITOR	Évérolimus
ALERTEC	Modafinil
ARANESP	Darbépoéatine alfa
BANZEL	Rufinamide
BENLYSTA	Belimumab
BOSULIF	Bosutinib
BOTOX	Toxine botulinique
CAPRELSA	Vandétanib
CIALIS	Tadalafil
CIMZIA	Certolizumab pégol
CONSTELLA	Linaclotide
DIACOMIT	Stiripentol
ENBREL	Étanercept
EPREX	Époéatine alpha
ERIVEDGE	Vismodegib
ESBRIET	Pirféridone
EYLEA	Aflibercept
FAMPYRA	Fampridine
FORTEO	Tériparatide
FYCOMPA	Perampanel
GALEXOS	Simeprevir
GENOTROPIN	Somatropine
GILENYA	Fingolimod
GIOTRIF	Afatinib
GLEEVEC	Imatinib
HCG	Gonadotrophine chorionique
HUMATROPE	Somatotropine
HUMIRA	Adalimumab
IBAVYR	Ribavirine
ILARIS	Canakinumab
INCIVEK	Télaprévir
INLYTA	Axitinib
IRESSA	Géfitinib
JAKAVI	Ruxolitinib
JETREA	Ocriplasmine
KALYDECO	Ivacaftor
KINERET	Anakinra
KUVAN	Dichlorhydrate de saproptérine

NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
LEMTRADA	Alemtuzumab
LEVITRA	Vardenafil
LEVULAN	Chlorhydrate d'acide aminolévulinique
LUCENTIS	Ranibizumab
MEKINIST	Tramétinib
MENOPUR	Ménotropine
METVIX	Aminolévulinate méthylique
MYOZYME	Alglucosidase alfa
NEULASTA	Pegfilgastrim
NEXAVAR	Sorafénib
NPLATE	Romiplostim
NUTROPIN	Somatropine
OMNITROPE	Somatropine
ORENCIA	Abatacept
OZURDEX	Dexaméthasone implant
PEGASYS	Peginterféron alfa-2a ± rbv
PEGASYS ± RBV	Peginterféron alfa-2a ± rbv / ribavirine
PEGETRON	Interféron alfa-2b péguylé / ribavirine
POMALYST	Pomalidomide
PREGNYL	Gonadotrophine chorionique
REMICADE	Infliximab
REPRONEX	Ménotropine
RESOTRAN	Prucalopride
RESTASIS	Cyclosporine
RETISERT	Acétonide de fluocinolone
REVATIO	Sildénafil
REVLIMID	Lénalidomide
REVOLADE	Eltrombopag
RITUXAN	Rituximab
SAIZEN	Somatropine
SAMSCA	Tolvaptan
SATIVEX	Cannabidiol/Delta-9-tétrahydrocannabinol
SEROSTIM	Somatropine
SIGNIFOR	Pasiréotide
SIMPONI	Golimumab
SOMAVERT	Pegvisomant
SOVALDI	Sofosbuvir
SPRYCEL	Dasatanib
STAXYN	Vardenafil
STELARA	Ustekinumab
STIVARGA	Régorafénib
SUTENT	Sunitinib

NOM COMMERCIAL	NOM GÉNÉRIQUE
TAFINLAR	Dabrafénib
TARCEVA	Erlotinib
TASIGNA	Nilotinib
TECFIDERA	Fumarate de diméthyle
TEMODAL	Témozolomide
THALOMID	Thalidomide
THYROGEN	Thyrotropine alfa
TOCTINO	Alitrétrinoïne
TYKERB	Lapatinib
TYSABRI	Natalizumab
VIAGRA	Sildenafil
VICTRELIS	Bocéprévir
VICTRELIS TRIPLE	Bocéprévir/ peginterféron alfa-2b/ RBV
VOTRIENT	Pazopanib
XALKORI	Crizotinib
XELJANZ	Citrate de tofacitinib
XENICAL	Orlistat
XEOMIN	Toxine botulinique type A
XIAFLEX	Collagénase de Clostridium Histolyticum
XOLAIR	Omalizumab
XTANDI	Enzalutamide
XYREM	Oxybate de sodium
ZAVESCA	Miglustat
ZAXINE	Rifaximin
ZELBORAF	Vemurafénib
ZOLINZA	Vorinostat
ZYTIGA	Acétate d'abiratéronne

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

A. Renseignements devant être fournis par le patient

Nom du participant au régime		Numéro de groupe et certificat	
Nom du patient	Date de naissance du patient A M J	Lien de parenté avec le participant au régime	
Adresse			Code postal
Ville	Province	Numéro de téléphone	

J'atteste que les renseignements fournis par moi sont exacts et complets. J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. les renseignements relatifs à la présente demande.

Signature du patient/parent/tuteur légal : _____ Date A M J

B. Renseignements devant être fournis par le médecin prescripteur

Nom du médicament :		Concentration :	Dose :
Diagnostic :	Durée approximative du traitement : du A M J au A M J		

La médication sera administrée :

- à domicile, au CLSC ou au cabinet privé
- dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement.
- ailleurs, précisez _____

Autres informations médicales pertinentes :

Nom du médecin		N° de permis	
		Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Signature du médecin		Date A M J	

C. Usage interne

Numéro de certificat (autre)	FC	Durée autorisée du paiement	Quantité maximale payable
Demande évaluée par			Date A M J

Retourner le présent formulaire : Par télécopieur : 418 651-0894 Par courrier : Directeur médical
 Sans frais : 1 855 453-3942 SSQ, Société d'assurance-vie inc.
 Gestion de l'assurance santé - Prestations
 2525, boulevard Laurier
 Succ. Sainte-Foy, C.P. 10500
 Québec, Québec G1V 4H6