



Partie A – Renseignements sur la personne salariée (à remplir par la personne salariée)					
Nom		Prénom		N° de téléphone	
Matricule		☐ Masculin ☐ Féminin		Date de naissance ____ / ____ / ____ A M J	
Adresse				Province	Code postal
Titre d'emploi		Occupez-vous plus d'un emploi ? ☐ oui ☐ non Votre incapacité vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? ☐ oui ☐ non			

Partie B – Identification de l'employeur assujetti à titre d'assureur pour les 104 premières semaines (à remplir par l'employeur)		
Nom et adresse de l'employeur	Province	Code postal
Nom du représentant ou de la représentante de l'employeur	N° de téléphone	N° de télécopieur
Signature	Courriel	

Partie C – Attestation et autorisation de la personne salariée (   remplir par la personne salariée)

Avez-vous déposé ou souhaitez-vous déposer une réclamation relativement    la présente invalidité en vertu d  une des lois administrées par l  un des organismes suivants ? (Si oui, cochez la case appropriée.)

☐ IVAC : Indemnisation des victimes d  actes criminels

☐ SAAQ : Société de l  assurance automobile du Québec

☐ CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail

☐ RRQ : Régie des rentes du Québec

J  atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j  autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux, des cliniques médicales et de tout autre organisme en cause    transmettre    mon employeur et ses représentants les renseignements pertinents se rapportant    l  analyse et    la gestion de ma demande de prestations d  assurance salaire.

J  autorise également mon employeur et ses représentants    communiquer ces renseignements    toute personne ou organisme si cette communication est nécessaire    l  analyse et    la gestion de ma demande de prestations d  assurance salaire.

Sur demande, je m  engage    présenter    mon employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour cette invalidité.

Signature

A

M

J

Dans l  ventualit   où mon employeur me soumet    une expertise médicale, j  autorise que le rapport d  expertise médicale soit transmis    mon médecin traitant.

☐ oui

☐ non

Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire

Régime d'assurance salaire

Le coût du régime d'assurance salaire est entièrement soutenu par les employeurs pour les **104 premières** semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'autoassurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement.

L'employeur, étant responsable du versement des prestations d'assurance salaire, doit s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles prévues aux conventions collectives en vigueur.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité de la réclamation et de toute prolongation de la période d'absence. Il peut également demander à la personne salariée de se soumettre à une **évaluation médicale** avec le médecin qu'il désigne. Les frais pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou l'obtention des renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf si cela est autrement stipulé aux conventions collectives ou à d'autres dispositions régissant les conditions de travail. L'employeur traite les certificats et renseignements médicaux de façon **confidentielle**.

Définition d'« invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations d'assurance salaire lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

1. l'état d'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale;**
ET
2. l'état d'incapacité **doit nécessiter des soins médicaux;**
ET
3. l'état d'incapacité **doit rendre la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue** offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

Retour progressif au travail

Pendant la période d'invalidité, une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

Note : le présent document, ayant seulement un caractère informatif, ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur.

Nom de la personne salariée	Matricule
-----------------------------	-----------

Partie D – Rapport médical (à remplir par le médecin traitant)

1. Diagnostic

Principal : _____	S'il s'agit d'un trouble de santé mentale, remplissez les axes selon le DSM IV Axe I _____ Axe II _____ Axe III _____ Axe IV _____ Axe V _____

Secondaire : _____	

Cas de grossesse	D.P.A. : _____ / _____ / _____ A M J	S'agit-il d'une complication grave?	☐ oui	☐ non	G.A.R.E.	☐ oui	☐ non
------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

Degré de l'ensemble des symptômes	☐ légers	☐ moyens	☐ intenses
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

2. Suivi médical et traitement

Date de la première consultation pour cette invalidité : _____ / _____ / _____ A M J	Fréquence des visites : ☐ hebdomadaires ☐ bimensuelles ☐ mensuelles ☐ autres Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____ A M J
---	--

Orientation vers un autre médecin (consultation) : ☐ oui ☐ non	
Si oui, nom du médecin, spécialité : _____	
☐ Examens (FSC, HB, ECG, EMG, TACO, IRM...)	
Précisez : _____ Résultats : _____	

☐ Médicaments (nom et posologie) _____

☐ Physiothérapie / ergothérapie Date du début : _____ / _____ / _____
A M J Fréquence : _____

☐ Psychothérapie Date du début : _____ / _____ / _____
A M J Fréquence : _____

☐ Autres (précisez) : _____

Cette personne a-t-elle subi ou subira-t-elle :

☐ Chirurgie ☐ d'un jour Précisez : _____ Date : _____ / _____ / _____
A M J

☐ Hospitalisation du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____
A M J

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____

3. Incapacité

Indiquer les raisons médicales qui rendent la personne totalement incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A.
Préciser les limitations fonctionnelles : ☐ temporaires ☐ permanentes

4. Plan de retour au travail et pronostic

Date du début de l'invalidité : _____ / _____ / _____ A M J	Date prévue du retour au travail : _____ / _____ / _____ A M J	Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : _____ / _____ / _____ A M J
--	---	---

Pourrait-elle reprendre son emploi en retour progressif?	☐ oui	☐ non	Si oui, date du début : _____ / _____ / _____ A M J
--	------------------------------	------------------------------	--

Si oui, nombre de jours/semaine et de semaines : _____ jours/sem. pour _____ semaines
_____ jours/sem. pour _____ semaines
_____ jours/sem. pour _____ semaines

Date de retour à temps complet : _____ / _____ / _____
A M J

5. Incapacité totale et permanente (s'il y a lieu)

Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi ?	☐ oui	☐ non
Si oui, la personne salariée pourrait-elle occuper un autre emploi ?	☐ oui	☐ non
Avez-vous complété des documents pour la RRQ ?	☐ oui	☐ non

Identification du médecin

Seuls les médecins et infirmières praticiennes spécialisées légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampilles non acceptées). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité.

Nom et prénom du médecin (en caractères d'imprimerie)	N° de permis d'exercer	N° de téléphone	N° de télécopieur
Adresse	Province	Code postal	Courriel
Spécialité (s'il y a lieu)	Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne		Date : _____ / _____ / _____ A M J