

Rapport médical d'invalidité - assurance salaire

À remplir en prenant soin d'écrire lisiblement

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

| Partie B - Identification de l'employeur assujéti à titre d'assureur pour les 104 premières semaines (à remplir par l'employeur) | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| Nom et adresse de l'employeur Centre de services scolaire du Littoral, 789 rue Beaulieu, Sept-Îles | Province Québec | Code postal G4R 1P8 |
| Nom du représentant ou de la représentante de l'employeur Mona Bond | N° de téléphone (418) 962-5558 | N° de télécopieur (418) 968-2942 |
| Signature | Courriel srh@csdulittoral.qc.ca | |

| Partie C - Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée) | |
|---|---|
| Avez-vous déposé ou souhaitez-vous déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants? (Si oui, cochez la case appropriée.) | |
| <input type="checkbox"/> VAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels | <input type="checkbox"/> SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec |
| <input type="checkbox"/> CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail | <input type="checkbox"/> RRCQ : Régie des rentes du Québec |
| <p>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 à transmettre à mon employeur et ses représentants les renseignements pertinents se rapportant à l'analyse et à la gestion de ma demande de prestations d'assurance salaire.</p> <p>J'autorise également mon employeur et ses représentants à communiquer ces renseignements à toute personne ou organisme si cette communication est nécessaire à l'analyse et à la gestion de ma demande de prestations d'assurance salaire.</p> <p>Sur demande, je m'engage à présenter à mon employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour cette invalidité.</p> | |
| Signature _____ | ____ / ____ / ____ A M J |
| Dans l'éventualité où mon employeur me soumet à une expertise médicale, j'autorise <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non que le rapport d'expertise médicale soit transmis à mon médecin traitant. | |

| Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée réclamant des prestations d'assurance salaire |
|--|
| <p>Régime d'assurance salaire</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Définition d'« invalidité »</p> <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 l'état d'incapacité doit nécessiter des soins médicaux ; ET 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. <p>Retour progressif au travail</p> <p>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.</p> |

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.

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 DSM IV |
| | Axe I _____ |
| | Axe II _____ |
| Secondaire : | Axe III _____ |
| | Axe IV _____ |
| | Axe V _____ |

Cas de grossesse D.P.A. : ____/____/____ S'agit-il d'une complication grave? oui non G.A.R.E. oui nonDegré 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 : <input type="checkbox"/> hebdomadaires <input type="checkbox"/> bimensuelles <input type="checkbox"/> mensuelles <input type="checkbox"/> 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 : ____/____/____ Fréquence : _____ Psychothérapie Date du début : ____/____/____ Fréquence : _____
A M J 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 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 indéterminé, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : ____/____/____ A M J |
| Commentaires: | | |

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 nonSi oui, la personne salariée pourrait-elle occuper un autre emploi ? oui nonAvez-vous complété des documents pour la RRQ ? oui non**Identification du médecin**Seuls les médecins et infirmières praticiennes spécialisées légalement autorisées 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) | No de permis d'exercer | No de téléphone | No 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 |