

## RÉCLAMATION D'ASSURANCE-SALAIRE

### INFORMATIONS GÉNÉRALES À LA PERSONNE RÉCLAMANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-SALAIRE ET AU MÉDECIN TRAITANT

#### RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE

LA CHARGE FINANCIÈRE DU RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EST ENTIÈREMENT SUPPORTÉE 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 INDEMNITÉS D'ASSURANCE-SALAIRE, IL A LE DEVOIR DE S'ASSURER QUE LES PRESTATIONS VERSÉES LE SONT À JUSTE TITRE ET EN FONCTION DES RÈGLES RÉGISSANT LES CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

LES FRAIS POUVANT ÊTRE ENCOURUS POUR LA PRODUCTION D'UNE RÉCLAMATION D'ASSURANCE-SALAIRE, TELS QUE LES HONORAIRES PROFESSIONNELS EXIGIBLES POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE, SONT À LA CHARGE DE LA PERSONNE SALARIÉE.

#### **CONFORMÉMENT AUX ARTICLES 64 ET 65 DE LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE :**

- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS DANS CE FORMULAIRE LE SONT POUR LE COMPTE DE L'EMPLOYEUR QUI AGIT ÉGALEMENT À TITRE D'ASSUREUR ET POUR LE SERVICE DE SUPPORT CONSEIL EN ASSURANCE-SALAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (PROGRAMME SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL-RÉSEAU).
- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS SERVENT À ÉVALUER L'ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE DES PERSONNES SALARIÉES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUI DÉPOSENT UNE RÉCLAMATION À CET EFFET TEL QUE PRÉVU AUX CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR.
- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS NE SONT ACCESSIBLES QU'ÀUX :
  - REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR OU AU REPRÉSENTANT MANDATÉ PAR L'EMPLOYEUR SPÉCIFIQUEMENT DÉSIGNÉ AUX FINS DE L'ADMINISTRATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SALAIRE ;
  - PERSONNES HABILITÉES DU SERVICE DE SUPPORT CONSEIL EN ASSURANCE-SALAIRE DU PROGRAMME SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL-RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DE LEUR FONCTION.
- LES ARTICLES 83 ET 102 DE LA LOI MENTIONNÉE CI-DESSUS PERMETTENT UN DROIT D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE ET UN DROIT DE RECTIFICATION DE CES RENSEIGNEMENTS S'ILS SONT INEXACTS, INCOMPLETS OU ÉQUIVOQUES.

Service de santé et sécurité du travail du CHUM  
850, rue St-Denis  
Tour St-Antoine 5e étage  
Montréal, Québec  
H2X 0A9  
Téléphone : 514 890-8340  
Télécopieur : 514 412-7731

## RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

### PARTIE A : Identification (à remplir par la personne salariée)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ N° EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :    /    /    N° DE TÉLÉPHONE : (    ) \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

SERVICE : \_\_\_\_\_ TITRE D'EMPLOI : \_\_\_\_\_ HORAIRE DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : \_\_\_\_\_ STATUT : TC  TPR  TPO

NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE\*

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de soutien conseil en assurance salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

\*L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande.

### INFORMATIONS GÉNÉRALES À LA PERSONNE SALARIÉE RÉCLAMANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE ET AU MÉDECIN TRAITANT

#### DÉFINITION D'INVALIDITÉ

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE, LA PERSONNE SALARIÉE DOIT DÉMONTRER QUE SA CONDITION MÉDICALE CORRESPOND AUX TROIS CRITÈRES DE LA DÉFINITION SUIVANTE :

(CRITÈRE 1)

- ÉTAT D'INCAPACITÉ RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU D'UNE COMPLICATION DE GROSSESSE OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE

ET (CRITÈRE 2)

- QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL

ET (CRITÈRE 3)

- QUI REND LA PERSONNE SALARIÉE **TOTALEMENT INCAPABLE** D'ACCOMPLIR LES TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI ET DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.

#### RÉADAPTATION EN INVALIDITÉ OU RETOUR PROGRESSIF AU TRAVAIL

UNE PERSONNE SALARIÉE PEUT APRÈS L'APPROBATION DE L'AUTORITÉ COMPÉTENTE ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS PRÉVUES AUX CONVENTIONS COLLECTIVES, BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE DE RÉADAPTATION TOUT EN CONTINUANT D'ÊTRE ASSUJETTIE AU RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE.

**NOTE :** CE DOCUMENT AYANT SEULEMENT UN CARACTÈRE INFORMATIF, IL NE SE SUBSTITUE NI N'AJOUTE EN AUCUN CAS AUX DISPOSITIONS CONTENUES DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC.

# RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Date de la 1<sup>re</sup> consultation pour cette invalidité :   A  /  M  /  J  

## PARTIE B: Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

### DIAGNOSTIC

Principal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Secondaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I \_\_\_\_\_  
(Troubles cliniques psychiatriques)

Axe II \_\_\_\_\_  
(Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)

Axe III \_\_\_\_\_  
(Maladies physiques)

Axe IV \_\_\_\_\_  
(problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)

Axe V \_\_\_\_\_  
(Évaluation globale du fonctionnement)

### SUIVI MÉDICAL

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui  Nom et spécialité : \_\_\_\_\_

Résultat de la consultation : \_\_\_\_\_

EXAMENS DIAGNOSTIQUES Préciser : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

HOSPITALISATION Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

CHIRURGIE Préciser : \_\_\_\_\_ Date :   A  /  M  /  J  

PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE Date du début : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

PSYCHOTHÉRAPIE Date du début : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

PHARMACOLOGIE Préciser : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

AUTRE Préciser : \_\_\_\_\_

### PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

Retour au travail régulier Date :   A  /  M  /  J  

Retour au travail progressif dans son poste De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Modalité : \_\_\_\_\_

Assignation temporaire (tâches allégées) De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Modalité : \_\_\_\_\_

Restrictions médicales : \_\_\_\_\_

### ARRÊT DE TRAVAIL

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou tout autre emploi offert par l'employeur :

\_\_\_\_\_

Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines \_\_\_\_\_ Nombre de mois \_\_\_\_\_ Date approximative de retour au travail :   A  /  M  /  J  

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? Oui  Non

Avez-vous complété des documents : RRQ    A  /  M  /  J   SAAQ    A  /  M  /  J   CSST    A  /  M  /  J   IVAC    A  /  M  /  J  

Date du prochain rendez-vous :   A  /  M  /  J  

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

N° PERMIS \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

  A  /  M  /  J    
DATE

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN \_\_\_\_\_

N° de télécopieur \_\_\_\_\_