

Partie A : Renseignements sur la personne salariée et l'employeur (à remplir par l'employeur)			
Renseignements sur la personne salariée	Nom		Prénom
	Numéro d'assurance sociale		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Adresse		Date de naissance : année mois jour
	Date de début d'invalidité : année mois jour		Titre de l'emploi
	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre		Le cas échéant, indiquez la date de fin d'emploi : année mois jour
Renseignements sur l'employeur	No de l'employeur M1016070	Nom de l'employeur C.s.s. des Grandes-Seigneuries	
	Adresse 50 boul. Taschereau La Prairie (Québec)		Code postal J5R 4V3
	Représentante ou représentant de l'employeur	Nom (caractères d'imprimerie)	Ind. rég. N° de téléphone Poste 514-380-8899 3907/3931
		Signature	Ind. rég. N° de télécopieur 1-866-461-2812
Note : Veuillez remplir la partie C, « Renseignements sur la personne salariée » et indiquez à la section 3) A) la « date de fin de la période acceptée par l'employeur ».			

Partie B : Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée)			
Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de 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"/>	IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/>	SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
<input type="checkbox"/>	CNESST: Comm normes, équité, santé et sécurité du travail	<input type="checkbox"/>	RRQ : Régie des rentes du Québec
J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentantes ou les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à l'employeur et aux Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour ladite invalidité.			
Signature		Date	année mois jour Ind. rég. N° de tél. à la résidence

Renseignements généraux à l'intention du médecin traitant et de la personne salariée réclamant des prestations d'assurance traitement

Régime d'assurance traitement

La charge financière du régime d'assurance traitement dans les réseaux de l'éducation 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 prestations d'assurance traitement, 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 les réseaux de l'éducation.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité à la réclamation et à toute prolongation de la période d'absence. Il peut également diriger la personne salariée vers le médecin de son choix. Les frais pouvant être engagés pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf s'il en est stipulé autrement dans les conventions collectives ou dans les conditions de travail.

Définition d' « invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations de l'assurance traitement 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 des naissances;
ET
2. la maladie (ou l'accident) doit nécessiter des soins médicaux;
ET
3. elle doit rendre la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire.

Définition de « limitations fonctionnelles »

Les limitations ou les incapacités fonctionnelles sont des entraves absolues imposées par la déficience. Elles représentent une diminution mesurable des possibilités d'action de la personne salariée. C'est l'expression de ce que la personne salariée n'est plus capable de faire.

Retour progressif au travail

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, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Partie C : Renseignements sur la personne salariée

Nom de la personne salariée	Numéro d'assurance sociale
-----------------------------	----------------------------

Partie D : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin)**1) DIAGNOSTIC**

Maladie principale causant la présente invalidité	S'il s'agit d'un trouble mental, remplissez les axes selon DSM IV.		
	Axe I		
	Axe II		
	Axe III		
	Axe IV		
Évaluation de la maladie : <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Légère	Code de diagnostic	Axe V	Code de diagnostic
Maladies secondaires (s'il y a lieu)			Code de diagnostic

Premier examen pour cette invalidité :	année mois jour	Fréquence des visites
Cas de grossesse : DPA	année mois jour	S'agit-il d'une complication grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séjour dans un hôpital ou une clinique :	Nom	année mois jour
Consultation en spécialité médicale (précisez la date de rendez-vous en cas d'attente) :	année mois jour	Nom du médecin (spécialité)
Résultat (ou annexe copie)		
Bref rapport des examens spécifiques et pertinents : FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI, TA (lecture et date), etc.		

2) TRAITEMENT

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Médical : médication et posologie (date du début)	
S'il s'agit d'une intervention chirurgicale, la personne salariée peut-elle travailler en attendant la chirurgie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Chirurgical : nature et date de l'intervention		
Thérapies	Fréquence	Nom du professionnel ou de la clinique
<input type="checkbox"/> Physiothérapie :		
<input type="checkbox"/> Psychothérapie :		
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

3) INVALIDITÉ - RETOUR PROGRESSIF**A) Invalidité (définition à la page précédente)**

En quoi la maladie décrite plus haut rend-elle la personne salariée incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A? Indiquer les limitations fonctionnelles (définition à la page précédente).

Date de fin de la période acceptée par l'employeur :	année mois jour	S'il y a prolongation au-delà de la date de fin de la période acceptée par l'employeur, décrivez les complications ou les raisons médicales qui la justifient.
------------------------------------------------------	-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

À votre avis, la personne salariée est-elle actuellement totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ? Oui Non

Date de début de l'invalidité :	année mois jour	Date prévue de retour au travail :	année mois jour	Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence :	année mois jour
Date du prochain rendez-vous :					

B) Retour progressif (définition à la page précédente)

Pourrait-elle reprendre son emploi en bénéficiant d'un retour progressif?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, nombre de j/sem. et de semaines :	jrs/sem. semaines	jrs/sem. semaines	jrs/sem. semaines	Date de début :	année mois jour

4) INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)

Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi actuel? Oui Non

Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? Oui Non

Signature du médecin

Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (timbres non acceptés). 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 du médecin (caractères d'imprimerie)	N° de permis	Ind. rég. N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur
Adresse			Province
Spécialité (s'il y a lieu)			Code postal
Signature du médecin (ne pas utiliser de timbre)			année mois jour
Date :			