

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		Date de naissance			Année Mois Jour	
	Adresse							Province		Code postal	
	Date du début de l'invalidité			Année Mois Jour		Titre de l'emploi					
Renseignements sur l'employeur	Statut d'emploi			<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre		Le cas échéant, indiquez la date de fin d'emploi.					
	N° de l'employeur		Nom de l'employeur								
	M-3332137		Commission scolaire des Laurentides								
	Adresse										
	13, St-Antoine, Sainte-Agathe-des-Monts, (Québec), J8C 2C3										
Représentante ou représentant de l'employeur		Nom (caractères d'imprimerie)				Ind. rég. N° de téléphone		Poste			
		Geneviève Chevrier, Attaché d'administration				(819) 326-0333		2041			
		Signature				Ind. rég. N° de télécopieur					
						(819) 326-2175					
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"/> CSST : Commission de la santé et de la 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 représentants 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 téléphone 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 de « 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 problème de santé mentale, remplissez les axes selon le 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 diagnostic		Code diagnostic	
Maladies secondaires (s'il y a lieu)			Code diagnostic		
Premier examen pour cette invalidité : Année Mois Jour			Fréquence des visites		
Cas de grossesse : DPA			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		Du Année Mois Jour au Année Mois Jour	
Consultations en spécialité médicale : (précisez la date du rendez-vous en cas d'attente)			Nom du médecin (spécialité)		
Résultat (ou annexez copie)					
Brief 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 l'emploi inscrit à la partie A? Indiquez les limitations fonctionnelles (définition à la page précédente).					
Date de fin de la période acceptée par l'employeur			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.		
Année Mois Jour					
À votre avis, la personne salariée est-elle actuellement totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Date du 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 : Année Mois Jour	
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, précisez le nombre de j/sem. et de semaines :		j/sem. semaines j/sem. semaines j/sem. semaines		Date du début	
pour		pour		pour	
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
Adresse		Province		Code postal	
Spécialité (s'il y a lieu)		Signature du médecin (ne pas utiliser de timbre)		Date	
				Année Mois Jour	