



Mémo à l'employé absent en raison d'une invalidité

Veuillez lire attentivement

Vous contribuez de façon essentielle au succès de la Compagnie grâce à votre travail quotidien. Lorsque vous êtes absent, votre gestionnaire doit effectuer des ajustements dans l'affectation du travail. Par conséquent, toute information que votre médecin peut fournir quant à votre retour au travail éventuel, à temps plein, à temps partiel, ou avec des restrictions pendant le rétablissement sera très utile.

Afin d'être admissible aux prestations en vertu du régime d'Invalidité, vous devez vous conformer aux conditions suivantes.

IMPORTANT: Une omission peut entraîner la cessation des prestations d'invalidité.

Rapports Médicaux:

- a) COMPLÉTEZ la première section du Formulaire "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT" ci-joint avant de le soumettre à votre médecin traitant ou à votre spécialiste.
- b) Assurez-vous que votre médecin traitant, ou votre spécialiste, remplisse la seconde section du Formulaire "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT".
- c) Retournez le Formulaire "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT" complété et signé à Acclaim au plus tard à la date indiquée plus haut par télécopieur au 1-866-486-8663 ou par courriel au medical@acclaimability.com (ou assurez-vous que le médecin traitant ou le spécialiste le fasse).

Traitement médical:

- a) Vous devez suivre un traitement MÉDICAL approprié durant votre absence.
- b) Le traitement initial doit être prescrit par un médecin qualifié. Le traitement par un fournisseur de soins de santé autre qu'un médecin — un chiropraticien, par exemple — est acceptable si un diagnostic a été préalablement posé par un médecin qualifié et que la nature et la durée du traitement ont été spécifiés par ce médecin.

Acclaim:

- a) Durant votre absence, Acclaim peut contacter votre médecin traitant ou spécialiste avec votre consentement. Acclaim pourrait également vous contacter afin d'obtenir des informations additionnelles au sujet de votre condition médicale, vos traitements ou votre stade de rétablissement.

Confidentialité:

Tous les renseignements personnels sur la santé, tels que le diagnostic/condition médicale, sont confidentiels. Seuls les renseignements tels que la date de retour au travail prévue ou les restrictions en lien avec le travail sont fournis à **votre employeur** par Acclaim.

Programme d'Aide aux Employés (PAE)

- a) Des services de consultation à court-terme, sur une base confidentielle et volontaire, sont disponibles aux employés qui éprouvent des difficultés personnelles. Ce service est disponible à travers ComPsych GuidanceResources® en composant le 866.483.1491. En ligne: guidanceresources.com App: GuidanceNowSM Web ID: NVACanada

Communication:

- a) Si vous prévoyez quitter votre lieu de résidence habituel, vous devez donner au moins une semaine de préavis à votre directeur d'hôpital, qui consultera Acclaim. Omettre de se conformer à cette condition peut entraîner la suspension de vos prestations d'invalidité.

Responsabilité:

- a) Vous devriez suivre les conseils de votre médecin traitant et/ou d'Acclaim et prendre les mesures nécessaires afin d'assurer un rétablissement rapide et complet.
- b) Effectuer des activités qui sont incompatibles avec votre invalidité ou travailler à d'autres emplois peut entraîner la cessation des prestations.
- c) Vous êtes responsable de consulter votre médecin traitant sur une base mensuelle/régulière pour mettre à jour votre statut médical et discuter des préoccupations liées à la santé et associées à un retour au travail réussi.
- d) Tous les plans de traitement recommandés par le médecin traitant doivent être respectés; toute omission peut entraîner la suspension des prestations.
- e) Une communication continue entre vous et Acclaim est essentielle afin d'accélérer la récupération réussie et une transition en douceur au retour sur le marché du travail.

Tâches allégées ou modifiées: Si vous êtes médicalement approuvé pour effectuer des tâches allégées ou modifiées, votre directeur d'hôpital et votre gestionnaire feront ce qu'ils peuvent pour accommoder votre retour, en fonction de la disponibilité des tâches allégées ou modifiées.

Coût pour compléter les formulaires:

Tous les frais reliés au fait de compléter les formulaires médicaux en lien à votre réclamation ICD sont votre responsabilité en tant qu'employé(e).

Déclaration du Médecin Traitant (Formulaire Médical)

(Veuillez écrire clairement à l'encre)

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ Numéro de téléphone _____
 (Nom de famille, prénom)

Adresse _____
 (Numéro de rue, nom de rue) (Numéro d'appartement) (Ville / Municipalité) (Province) (Code postal)

Date de naissance: _____ Langue: ☐ A ☐ F ☐ Autre Sexe: ☐ M ☐ F
 Jour Mois Année

J'ai accès à une imprimante et je suis en mesure d'imprimer les formulaires médicaux requis: ☐ OUI ☐ NON Adresse courriel: _____

Avez-vous été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, nom de l'hôpital/institution: _____ Du _____ Au _____
 Jour Mois Année Jour Mois Année

Réclamez-vous ou recevez-vous d'autres prestations d'invalidité, de perte de salaire et/ou de retraite (par exemple, CSPAAT, RPC/RRQ, assurance automobile, autre)? ☐ Oui ☐ Non

Travaillez-vous ou êtes-vous bénévole à quelque titre que ce soit? ☐ Oui ☐ Non

Recevez-vous des salaires de n'importe quelle source? ☐ Oui ☐ Non

Assistez-vous à un cours, programme ou institution éducative? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu oui à une des options ci-dessus, veuillez fournir les détails de ces éléments sur une page séparée et y inclure tous documents confirmant, numéros de réclamations, etc.

Si un accident a causé votre invalidité, indiquez la date [][][][][][][][][], OÙ et QUE s'est-il passé: _____
 Jour Mois Année

AUTHORISATION

Je, _____ soussigné autorise (Nom du médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseurs de soins médicaux) _____, à fournir à Acclaim Gestion d'invalidité inc. («**Acclaim**») ou ses représentants ou agents, toutes informations médicales d'emploi ou de réadaptation en lien à ma présente réclamation d'invalidité de courte durée (ICD) (incluant tout demande d'appel ou plainte faite) aux fins de l'évaluation, de l'administration et de la gestion d'Acclaim, au nom de mon employeur en ce qui a trait à mon absence médicale du travail, y compris l'évaluation de ma capacité à retourner au travail et mon besoin potentiel d'accommodation. Je reconnais également que mon employeur est le seul responsable de payer mes prestations ICD. J'autorise également Acclaim ou ses représentants ou agents à divulguer les informations obtenues durant ma demande ICD à tout médecin, clinique ou tout professionnel de la santé pour de tels fin. Je comprends que mon refus ou le retrait de mon consentement peut retarder les dispositions ou résulter au refus de ma demande ICD. Je déclare que toutes les informations fournies dans la présente autorisation et les déclarations lors de toute rencontre en personne ou par téléphone relative à ma demande ICD sont/seront véridiques, complètes et exactes. Dans l'éventualité où je décide d'intenter des poursuites légales en lien avec ma demande de prestations ICD, ou tout autre lien avec la performance des services décrits dans la présente autorisation d'Acclaim dans la présente demande je comprends que mon seul recours est contre mon employeur et qu'aucune poursuite ne sera intentée à Acclaim. Dans le cas où je ne retourne pas au travail et je soumetts une application pour des prestations d'invalidité de Longue Durée («ILD») à **Canada Vie** je comprends et autorise que toutes les informations médicales obtenues lors de ma demande ICD soient envoyés à **Canada Vie** dans le cadre de ma demande ILD. Je reconnais que les services fournis par Acclaim ne seront en aucun cas être interprétée comme une reconnaissance de responsabilité par **Canada Vie** ou l'acceptation d'une demande de paiement des prestations d'invalidité.

Cette autorisation est valable pour la durée de ma réclamation avec Acclaim et **NVA Canada** à moins d'une révocation écrite de ma part. Toute copie de la présente autorisation est aussi valable que l'originale.

Nom de l'Employé _____ Signature de l'Employé _____ Date _____

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Le patient est responsable des frais engendrés par ce formulaire, sauf si la loi l'interdit. Veuillez retourner le formulaire complété à votre patient.

INFORMATION SUR LA MALADIE

Nature de la maladie ou blessure: _____

Date de début de la maladie ou blessure: _____ Date d'examen par le Médecin: _____

Date considérée comme totalement invalide du travail: _____

Existe-t-il un plan de traitement médical présentement en place? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? _____

L'employé suit-il rigoureusement le plan de traitement? ☐ Oui ☐ Non

Si l'employé ne peut pas reprendre ses fonctions complètes, l'employé peut-il retourner au travail avec des tâches modifiées:

☐ Oui ☐ Non Date: _____

Si oui, veuillez décrire les limitations actuelles de l'employé (veuillez utiliser la section des capacités fonctionnelles si applicable) Si NON, veuillez fournir les contre-indications médicales à un retour au travail modifié:

Durée prévue durant laquelle les modifications seront nécessaires: _____

Est-ce une blessure ou maladie reliée au travail: ☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'une attestation médicale a été soumise à l'employeur ou la CNESST? ☐ Oui ☐ Non

Si l'invalidité est en lien avec une grossesse, veuillez indiquer la date d'accouchement prévue _____

Je vois le patient à chaque _____ (jour, semaine, etc.) Date de l'examen le plus récent _____
 Jour Mois Année

Est-ce que le patient a déjà eu une condition similaire? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, indiquer quand et décrire:**

CAPACITÉS FONCTIONNELLES:

Marcher (en continu): ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre (par exemple, sol inégal) _____

Rester debout (en continu): ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

S'asseoir (en continu): ☐ up to 30 min; ☐ up to 1 hour; ☐ no restriction; ☐ Other _____

Soulever (plancher à la taille): ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Soulever (taille aux épaules): ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre _____

Monter des marches / échelle: ☐ incapable ☐ 2-3 marches seulement ☐ à son rythme ☐ avec assistance ☐ Aucune limitation

Apte à conduire: ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ Aucune limitation ☐ Autre _____

S'accroupir ☐ incapable ☐ occasionnellement ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Ce pencher ☐ incapable ☐ occasionnellement ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

L'employé est: ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ Ambidextre

Capacité limitée à utiliser la main **gauche** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrire

Capacité limitée à utiliser la main **droite** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrire

Totalement incapable d'utiliser la main **gauche** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrire

Totalement incapable d'utiliser la main **droite** pour: ☐ tenir des objets; ☐ saisir; ☐ Taper à l'ordinateur; ☐ écrire

Heures par jour: ☐ 4 heures ☐ 6 heures ☐ 8 heures ☐ 10 heures ☐ 12 heures ☐ aucune restriction

CAPACITÉS COGNITIVES:

Pression des échéances ☐ capacité limitée ☐ incapable de performer ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Attention: ☐ capacité limitée ☐ incapable de performer ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Mémoire: ☐ capacité limitée ☐ incapable de performer ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Raisonnement: ☐ capacité limitée ☐ incapable de performer ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Résolution de Problèmes: ☐ capacité limitée ☐ incapable de performer ☐ Aucune limitation; ☐ Autre _____

Autres limitations évaluées cliniquement: _____

Si la condition est de Nature Psychologique/Santé Mentale, veuillez indiquer si les critères ICD -10- CM/ DSM 5 ont été évalués: ☐ Oui ☐ Non

Traitement

Si hospitalisé, nom de l'hôpital/institution _____ du _____ a _____
 Jour Mois Année Jour Mois Année

Chirurgie? ☐ Oui ☐ Non (Si oui, indiquer la procédure chirurgicale) _____

☐ Effectuée ☐ Planifiée Date de la chirurgie : _____
 Jour Mois Année

Anesthésie: ☐ Locale ☐ Générale

Veuillez énumérer les médicaments actuellement prescrits et leurs doses _____

Thérapie? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquer type (par exemple, physiothérapie, psychothérapie, etc.) _____

Fréquence: ☐ Quotidienne _____ x par semaine ☐ Autre _____

Emplacement: ☐ Externe ☐ Bureau du thérapeute ☐ Bureau du médecin ☐ Maison

Résumé de la réponse du patient au traitement : _____

Prognostic

Avez-vous discuté d'un plan de retour au travail avec le patient? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi? _____

Si oui, veuillez fournir les détails du plan de retour au travail, y compris toutes recommandations de modification des heures et/ou des tâches:

Date prévue de retour au travail à temps plein: _____ Prochain rendez-vous: _____
 Jour Mois Année Jour Mois Année

Commentaires Additionnels:

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOTE AU MÉDECIN: Tout renseignement fourni par vous à Acclaim Gestion d'Invalidité concernant cette réclamation peut être divulgué au requérant et/ou aux individus autorisés à recevoir cette divulgation par lui/elle, sauf si vous nous informez par écrit qu'il y a de fortes chances qu'une telle divulgation entraîne un effet défavorable substantiel sur la santé du requérant ou un dommage à une tierce partie.

Nom du Médecin (caractère d'imprimerie): _____ Téléphone: _____

Adresse: _____ Fax: _____

Signature: _____ Spécialité: _____ Date: _____