



## Note à un·e collègue absent·e en raison d'une invalidité

Votre travail quotidien joue un rôle essentiel dans la réussite de votre employeur. Lorsque vous êtes absent, votre gestionnaire doit apporter des ajustements à la répartition des tâches. Par conséquent, tous les renseignements que votre médecin peut fournir relativement à votre éventuel retour au travail, que ce soit à temps plein ou à temps partiel ou avec restrictions pendant la période de rétablissement, seront très utiles.

Pour être admissible à recevoir des prestations au titre des régimes d'invalidité, vous devez satisfaire aux conditions ci-dessous.

**IMPORTANT :** Le non-respect de ces conditions pourrait entraîner la suspension des prestations d'invalidité.

- Rapports médicaux :**
- a) REMPLISSEZ la première section de la DÉCLARATION DU·DE LA MÉDECIN TRAITANT·E ci-jointe avant de la présenter à votre médecin traitant·e ou à votre spécialiste, selon le cas.
  - b) Demandez à votre médecin ou spécialiste traitant de remplir la seconde section du formulaire DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT.
  - c) Renvoyez le formulaire DÉCLARATION DU·DE LA MÉDECIN TRAITANT·E rempli et signé à Acclaim par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à [medical@acclaimability.com](mailto:medical@acclaimability.com) (ou veillez à ce que le·la médecin ou le·la spécialiste le fasse).

- Traitement médical :**
- a) Vous devez suivre les conseils d'un·e médecin et tout traitement raisonnablement prescrit.
  - b) Vous devez être suivi·e un·e professionnel·le de santé réglementé·e au Canada.

- Acclaim :**
- a) Acclaim peut entrer en contact avec votre médecin ou spécialiste traitant·e et communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements supplémentaires sur votre état de santé, vos traitements et l'étape du rétablissement à laquelle vous êtes rendu.
  - b) Acclaim peut vous demander de consulter un·e médecin désigné·e afin qu'il·elle confirme le diagnostic, le traitement prescrit, et la durée estimative de vos restrictions. Le fait de ne pas se présenter ou de ne pas coopérer à l'examen sans motif valable peut entraîner la suspension de votre accommodement.

- Confidentialité :**
- Tous les renseignements médicaux personnels (RMP), comme le diagnostic ou l'état de santé, sont confidentiels. Acclaim transmettra à American Express uniquement des renseignements sur les restrictions médicales et l'accommodement recommandé.

- Programme « Healthy Minds » (PAEF)**
- Le bien-être global, y compris la santé mentale, est une priorité absolue chez American Express. Les collègues d'American Express et les membres de leur foyer ont accès à dix séances de counseling gratuites par l'intermédiaire de Healthy Minds. Pour en savoir plus, visitez le site [amex.lyrahealth.com](http://amex.lyrahealth.com) ou appelez le 1 800 874-3817.

- Communication :**
- Si vous prévoyez de voyager ou de résider dans un lieu autre que votre résidence principale pendant votre absence du travail pour raison médicale, vous devez en informer Acclaim au moins une semaine à l'avance et votre employeur en sera informé. Le non-respect de cette condition peut entraîner la suspension des prestations.

- Responsabilité :**
- a) Vous devez suivre les conseils de votre médecin traitant ou d'Acclaim Gestion d'invalidité et prendre les mesures requises pour assurer un rétablissement rapide et complet.
  - b) La participation à des activités incompatibles avec votre invalidité et tout travail effectué pour un autre employeur peuvent entraîner la suspension des prestations.
  - c) Vous êtes responsable de rester sous les soins réguliers d'un·e médecin afin de mettre à jour votre statut médical et de discuter des préoccupations pour votre santé associées à un retour au travail.
  - d) Tous les plans de traitement recommandés par le·la médecin traitant·e doivent être suivis. Le non-respect de ceux-ci peut entraîner la suspension des prestations.
  - e) Une communication continue entre vous et Acclaim Gestion d'invalidité est essentielle pour un rétablissement réussi et une transition harmonieuse lors du retour au travail.

- Tâches légères ou modifiées :**
- Si vous avez reçu une approbation médicale pour effectuer des tâches légères ou modifiées, votre représentant des ressources humaines et votre gestionnaire ou superviseur feront leur possible pour vous accommoder à votre retour au travail, selon la disponibilité de telles tâches.

- Coût pour remplir les formulaires :**
- Tous les frais exigés pour remplir les formulaires médicaux associés à votre demande d'ICD sont à la charge du·de la collègue (vous).



## DÉCLARATION DU·DE LA MÉDECIN TRAITANT·E

(Formulaire médical)

(Veuillez écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.)

### SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ·E

Nom de l'employé·e \_\_\_\_\_ (Nom de famille et prénom au complet) Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (App.) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue : ☐ A ☐ F ☐ Autre  
Jour Mois Année

J'ai accès à une imprimante et je peux imprimer tous les formulaires médicaux requis : ☐ OUI ☐ NON Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Réclamez-vous ou recevez-vous d'autres prestations d'invalidité, d'assurance-salaire et/ou de retraite (p. ex. WSIB, RPC/RRQ, assurance automobile, autre)?

☐ Oui ☐ Non

Travaillez-vous ou faites-vous du bénévolat en une quelconque qualité?

☐ Oui ☐ Non

Recevez-vous un salaire d'autres sources?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous inscrit·e à un cours, un programme ou un établissement de formation?

☐ Oui ☐ Non

**Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions sur une autre page et inclure les documents à l'appui, les numéros des demandes, etc.**

Si un accident a causé votre invalidité, indiquez la date |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, l'endroit et ce qui s'est passé :

Jour Mois Année

### AUTORISATION

Par la présente, je soussigné·e, \_\_\_\_\_, autorise tout·e médecin, tout hôpital, toute clinique, tout·e fournisseur·euse·s de soins de santé, tout établissement de soins de santé, tout·e prestataire de soins de santé à divulguer à Acclaim Gestion d'invalidité (« Acclaim »), à ses représentant·e·s ou à ses agent·e·s, tout renseignement ou dossier médical, d'emploi ou de carrière en lien avec ma demande de prestations d'invalidité de courte durée, y compris tout appel que je pourrais interjeter (« prestations d'ICD »). Ces renseignements pourront être utilisés à des fins d'évaluation, d'administration et de gestion par Acclaim au nom de mon employeur concernant mon absence du travail pour raison médicale chez American Express, y compris l'évaluation de ma capacité à retourner au travail et de mes besoins éventuels en matière d'accommodement. J'autorise Acclaim ou ses représentant·e·s ou agent·e·s à divulguer tout renseignement obtenu dans le cadre de ma réclamation d'ICD à tout·e médecin, à toute clinique ou à tout autre prestataire ou établissement de soins médicaux ou de santé à de telles fins. Je déclare que les informations indiquées dans la présente autorisation et toute déclaration faite lors d'entretiens personnels en lien avec ma réclamation d'ICD sont vraies, complètes et exactes. Si je ne retourne pas au travail et que je présente une demande de prestations d'invalidité de longue durée (« ILD ») à la Sun Life, je comprends et j'autorise que tous les documents contenus dans mon dossier de demande de prestations d'ICD et qui s'y rapportent soient divulgués à la Sun Life et fassent partie de mon dossier d'ILD.

Cette autorisation demeurera valide pendant la durée de ma réclamation auprès d'Acclaim à moins que je ne la révoque par écrit. Toute copie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'originale. Je comprends que mon refus ou le retrait de mon consentement peut retarder la prestation ou entraîner le refus de ma demande de prestations d'ICD.

Nom de l'employé·e (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'employé·e

Date

### SECTION À REMPLIR PAR LE·LA MÉDECIN TRAITANT·E

Il incombe au·à la patient·e d'acquiescer les frais qui peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, sauf si la loi l'interdit. Veuillez remettre le formulaire rempli à votre patient·e.

### INFORMATION SUR LA MALADIE

Nature de la maladie ou blessure : \_\_\_\_\_

Date du début de la maladie ou de la blessure : \_\_\_\_\_ Date de l'examen par le·la médecin : \_\_\_\_\_

Date de l'incapacité à travailler : \_\_\_\_\_

Existe-t-il actuellement un plan de traitement médical? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi? \_\_\_\_\_

L'employé respecte-t-il le plan de traitement prescrit/recommandé? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez acheminer le formulaire rempli à **Acclaim Gestion d'invalidité** par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à [medical@acclaimability.com](mailto:medical@acclaimability.com).

Si l'employé ne peut pas reprendre toutes ses fonctions, peut-il reprendre le travail avec des fonctions modifiées? ☐ Oui ☐ Non

Date : \_\_\_\_\_

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

---



---



---

Durée prévue de la période pendant laquelle les modifications seront nécessaires : \_\_\_\_\_

Cette blessure ou cette maladie est-elle liée au travail? ☐ Oui ☐ Non

Un rapport initial du/de la médecin a-t-il été soumis à la CAT? ☐ Oui ☐ Non

Si l'incapacité est liée à une grossesse, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_.

Jour Mois Année

Je vois le-la patient-e chaque \_\_\_\_\_ (jour, semaine, etc.) Date de l'examen le plus récent \_\_\_\_\_

Jour Mois Année

Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème de santé similaire? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, indiquez à quel moment et fournissez une description :**

---



---



---

### **CAPACITÉS FONCTIONNELLES :**

Marche (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre (p. ex., terrain inégal) \_\_\_\_\_.

Debout (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Assis (en continu) : ☐ jusqu'à 30 min; ☐ jusqu'à 1 heure; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Soulever du sol à la taille : ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Soulever de la taille aux épaules : ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Transporter : ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Pousser/tirer : ☐ jusqu'à 20 lb; ☐ jusqu'à 30 lb; ☐ jusqu'à 40 lb; ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Monter les escaliers : ☐ incapable ☐ 2 - 3 marches seulement; ☐ à son propre rythme ☐ avec aide ☐ aucune restriction

Capacité à conduire ☐ jusqu'à 2 heures ☐ jusqu'à 4 heures; ☐ aucune restriction ☐ autre \_\_\_\_\_

L'employé est : ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ Ambidextre

Capacité limitée à utiliser la main **gauche** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Capacité limitée à utiliser la main **droite** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Incapacité totale d'utiliser la main **gauche** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Incapacité totale d'utiliser la main **droite** pour : ☐ tenir des objets ; ☐ agripper; ☐ taper; ☐ écrire

Nombre d'heures par jour : ☐ 4 heures ☐ 6 heures ☐ 8 heures ☐ 10 heures ☐ 12 heures ☐ aucune restriction

### **CAPACITÉS COGNITIVES :**

Pressions liées aux délais : ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Attention : ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Mémoire : ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Raisonnement : ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Résolution de problèmes : ☐ capacité limitée ☐ incapacité d'exercer ☐ aucune restriction; ☐ Autre \_\_\_\_\_.

Autres limitations évaluées cliniquement : \_\_\_\_\_

---



---

**Si la nature du problème de santé est psychologique ou de santé mentale, veuillez indiquer si les critères de la CIM -10- MC ou du DSM 5 ont été évalués :**

☐ Oui ☐ Non

### Traitement

Si hospitalisé, nom de l'hôpital/l'établissement \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année Jour Mois Année

Chirurgie? ☐ Oui ☐ Non (Si oui, précisez l'intervention chirurgicale) \_\_\_\_\_

☐ Terminée ☐ Planifiée Date de la chirurgie \_\_\_\_\_ Anesthésique : ☐ Local ☐ Général  
Jour Mois Année

Énumérez les médicaments actuellement prescrits et leur posologie \_\_\_\_\_

Thérapie? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez le type (p. ex., physiothérapie, psychothérapie, etc.) \_\_\_\_\_

Fréquence : ☐ Quotidiennement \_\_\_\_\_ x par semaine ☐ Autre \_\_\_\_\_

Lieu : ☐ Soins ambulatoires ☐ Cabinet de thérapeute ☐ Cabinet de médecin ☐ Domicile

Résumé de la réponse du patient au traitement :

### Pronostic

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

Si non, pourquoi pas? \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez fournir des détails sur le plan de retour au travail, y compris des recommandations concernant des heures et/ou des tâches modifiées :

Date prévue du retour au travail à temps plein \_\_\_\_\_ Prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année Jour Mois Année

### Commentaires additionnels :

### RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA MÉDECIN TRAITANT-E

**AVIS AU/LA MÉDECIN :** Tout renseignement que vous fournissez à **Acclaim Gestion d'invalidité** concernant cette réclamation peut être divulgué au demandeur ou aux personnes autorisées par cette personne à recevoir de tels renseignements à moins que vous ne nous informiez par écrit qu'il existe une forte probabilité qu'une telle divulgation ait un effet négatif important sur la santé du demandeur ou qu'elle porte préjudice à un tiers.

Nom du/de la médecin (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_