



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 (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 » 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 ouappelez 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).



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

Traitements

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·À 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 : _____