



Note aux collègues demandant un accommodement sur le lieu de travail pour des raisons médicales

Votre employeur s'engage à assurer votre sécurité sur le lieu de travail. Par conséquent, tous les renseignements que votre médecin peut fournir relativement à votre demande d'accommodement seront très utiles.

Lorsque vous demandez un accommodement en raison d'un état de santé, vous devez fournir les éléments suivants.

IMPORTANT : Le non-respect de ces conditions pourrait entraîner la non-prise en charge de votre accommodement.

- Rapports médicaux :**
- a) REMPLISSEZ la première section du formulaire de certificat médical (demande d'accommodement) ci-joint avant de le présenter à votre médecin ou spécialiste traitant-e.
 - b) Demandez à votre médecin ou spécialiste traitant-e de remplir la seconde section du formulaire de certificat médical (demande d'accommodement). Des rapports de spécialistes confirmant votre problème de santé peuvent également être exigés.
 - c) Renvoyez le formulaire de certificat médical (demande d'accommodement) rempli et signé à Acclaim par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à medical@acclaimability.com.

- 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 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 ou appelez le 1 800 874-3817.

- Responsabilité :**
- a) Vous devez suivre les conseils de votre médecin traitant-e 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 non-prise en charge de votre demande d'accommodement.
 - 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 nécessaire.

Coût pour remplir les formulaires : Vous êtes responsable de tous les frais associés au remplissage de tout formulaire médical lié à votre accommodement.





CERTIFICAT MÉDICAL (Demandes d'accommodement)

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

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ-E

Nom de l'employé-e _____ Numéro de téléphone _____
(Nom de famille et prénom au complet)

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 : _____

Nature de l'accommodement demandé par l'employé (veuillez être précis) :

AUTORISATION

Je, _____, autorise _____ tout-e médecin, tout hôpital, toute clinique ou tout-e autre prestataire ou établissement de soins médicaux ou de santé à divulguer mes renseignements médicaux et de santé à Acclaim Gestion d'invalidité inc. (Acclaim), ce qui inclut tout-e évaluateur-riche indépendant-e, agent-e et consultant-e agissant au nom d'Acclaim. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements médicaux et de santé par Acclaim, ce qui comprend tout-e évaluateur-riche indépendant-e, agent-e et consultant-e agissant au nom d'Acclaim, tout-e praticien-ne de soins de santé, médecin agréé-e, médecin praticien-ne, hôpital, clinique, établissement médical ou lié à la médecine, fournisseur de services de réadaptation, ou tout-e autre organisation, institut ou personne ayant des dossiers ou des rapports liés à ma santé et à ma réadaptation.

Cela se rapporte à mon absence actuelle du travail et/ou à la nécessité d'apporter des modifications à mon travail et/ou à l'aiguillage actuel vers les services d'Acclaim. Ces services peuvent inclure les résultats des consultations ou des évaluations obtenues sur mon état de santé.

Je comprends que la communication et l'information susmentionnées, en tout ou en partie, et la recommandation qui en découle et qui a trait à mes capacités ou à mes limites dans l'exercice de mes fonctions (à l'exclusion des références spécifiques au diagnostic ou aux renseignements personnels connexes) peuvent être communiquées à American Express pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes :

1. Apporter des modifications en raison de mon état de santé avec l'entreprise;
2. Fournir des renseignements en vue d'un travail modifié avec l'entreprise;

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'originale.

En apposant ma signature ci-dessous, je consens à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels, y compris l'information relative à ma santé, aux fins indiquées ci-dessus. Je sais que je peux choisir de donner ou de refuser ce consentement, mais que ma décision peut avoir une incidence sur mon admissibilité aux prestations de santé, sur mon droit à un accommodement ou sur ma capacité à reprendre mes fonctions habituelles ou modifiées.

Le présent consentement est valide à partir de la date de signature jusqu'à ce que je reprenne mes heures et mes fonctions complètes au travail où jusqu'à ce que ma relation d'affaires avec l'entreprise soit officiellement rompue. La demande peut être retirée en tout temps sous réserve d'un préavis écrit à Acclaim ou à American Express.

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'acquitter 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.

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

Il incombe à l'employé de fournir des renseignements médicaux objectifs pour valider la demande d'accommodement du travail. **Afin d'éviter les retards de traitement, ce formulaire doit être dûment rempli par l'employé-e et le-la médecin traitant-e et retourné à Acclaim dans les 14 jours suivant la demande d'accommodement du travail de l'employé-e.** Remarque : Il incombe au patient d'acquitter les frais qui peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, sauf si la loi l'interdit.

Nature de la maladie ou blessure nécessitant un accommodement : _____

Date du début de la maladie ou de la blessure : _____ Date de l'examen par le-la médecin : _____

Date de l'évaluation la plus récente faite par un spécialiste pour un problème de santé lié à la demande d'accommodement : _____

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

Votre patient est-il également suivi par un spécialiste? ☐ Oui ☐ Non
Si NON, pourquoi pas?

Un rendez-vous de suivi avec le spécialiste concerné est-il prévu? Si oui, veuillez indiquer la date : _____

Recommandations du spécialiste concernant les restrictions/capacités liées au travail :

Veuillez fournir des preuves cliniques objectives (y compris les résultats de radiographies, la tension artérielle, les données de laboratoire et tout autre résultat clinique pertinent) et les antécédents médicaux relatifs à l'état de santé actuel :

REMARQUE : Veuillez fournir toutes les notes cliniques et tous les rapports médicaux (y compris les rapports de spécialistes et les tests de diagnostic disponibles dans le dossier) relatifs au problème de santé nécessitant un accommodement.

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

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 :

Y a-t-il des accommodements que l'employeur de votre patient pourrait mettre en place pour l'aider à gérer son problème de santé?

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 _____.

Veuillez acheminer le formulaire rempli à Acclaim Gestion d'invalidité par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à medical@acclaimability.com.

Nom de l'employé-e :

American Express

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

Limitations dues aux médicaments

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 :

Veuillez préciser quelles limitations fonctionnelles ou cognitives ci-dessus affectent la capacité de votre patient-e à accomplir ses tâches professionnelles habituelles, en ce qui a trait à la demande d'accommodement indiquée par votre patient-e sur ces formulaires.

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

Pronostic

Est-il prévu que cet employé se rétablisse de ce problème de santé et retrouve sa pleine capacité fonctionnelle? ☐ Oui ☐ Non

Si non, quels sont les facteurs qui affectent les progrès de votre patient?

Cet employé a-t-il atteint un rétablissement médical maximal pour ce problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, existe-t-il des rapports de spécialistes pour étayer un rétablissement médical maximal? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez inclure le(s) rapport(s).

Date prévue du retour au travail avec des heures et des tâches complètes _____ Prochain rendez-vous : _____
Jour Mois Année Jour Mois Année

Veuillez acheminer le formulaire rempli à Acclaim Gestion d'invalidité par télécopieur au 1 866 486-8663 ou par courriel à medical@acclaimability.com.

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 : _____