

RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Partie A : Identification (à remplir par la personne salariée)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ NO. EMPLOYÉ : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ N° DE TÉLÉPHONE : (____) _____ N.A.S. : ____-____-____

TITRE D'EMPLOI : _____ SERVICE : _____

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : _____ STATUT : TC TPR TPO

DROITIER : GAUCHER :

NOM DE L'EMPLOYEUR : CIUSS du Saguenay-Lac-St-Jean Hôpital d'Alma

AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE*

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de support conseil en assurance salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

*L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande.

INFORMATIONS GÉNÉRALES À LA PERSONNE SALARIÉE RÉCLAMANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE ET AU MÉDECIN TRAITANT

DÉFINITION D'INVALIDITÉ

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE, LA PERSONNE SALARIÉE DOIT DÉMONTRER QUE SA CONDITION MÉDICALE CORRESPOND AUX TROIS CRITÈRES DE LA DÉFINITION SUIVANTE :

(CRITÈRE 1)

- ÉTAT D'INCAPACITÉ RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU D'UNE COMPLICATION DE GROSSESSES OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE

ET (CRITÈRE 2)

- QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL

ET (CRITÈRE 3)

- QUI REND LA PERSONNE SALARIÉE TOTALEMENT INCAPABLE D'ACCOMPLIR LES TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI OU DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.

READAPTATION EN INVALIDITÉ OU EN TOUT PROGRESSIF AU TRAVAIL
UNE PERSONNE SALARIÉE PEUT, APRÈS L'APPROBATION DE L'AUTORITÉ COMPÉTENTE ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS PRÉVUES
AUX CONVENTIONS COLLECTIVES, BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE DE READAPTATION AUX TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI EN
CONTINUANT D'ÊTRE ASSUJETTI AU RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE.

NOTE : CE DOCUMENT AYANT SEULEMENT UN CARACTÈRE INFORMATIF, IL NE SE SUBSTITUE NI N'AJOUTE EN AUCUN CAS AUX
DISPOSITIONS CONTENUES DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC

RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Partie B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)	
SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV	
Axe I (Troubles éliminés psychiatriques) Axe II (Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu) Axe III (Maladie physique) Axe IV (Problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail) Axe V (Évaluation globale du fonctionnement)	Principal : _____ Secondaire : _____ _____ _____
Cette personne a-t-elle référée à un spécialiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom et spécialité : _____ Résultat de la consultation : _____	
SUIVI MÉDICAL	
EXAMENS DIAGNOSTIQUES <input type="checkbox"/> Préciser : _____ HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> Du : _____ Au : _____ CHIRURGIE <input type="checkbox"/> Préciser : _____ PHYSIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> Date de début : _____ Fréquence : _____ PSYCHOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> Date de début : _____ Fréquence : _____ PHARMACOLOGIE <input type="checkbox"/> Préciser : _____ POSOLOGIE : _____ AUTRE <input type="checkbox"/> Préciser : _____	
PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL	
Retour au travail régulier <input type="checkbox"/> Date : _____ / _____ / _____ Retour au travail progressif dans son poste <input type="checkbox"/> De : _____ Au : _____ Modalité : _____ Asignation temporaire (travaux légers) : _____ Modalité : _____ Y a-t-il possibilité de travail de bureau? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ARRÊT DE TRAVAIL	
Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou tout autre emploi offert par l'employeur : _____ _____ _____ Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines _____ Nombre de mois _____ Date approximative de retour au travail : _____ / _____ / _____ S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous complété des documents : RRD <input type="checkbox"/> / SAAG <input type="checkbox"/> / CSST <input type="checkbox"/> / IVAC <input type="checkbox"/> / Date du prochain rendez-vous : _____ / _____ / _____ IDENTIFICATION DU MÉDECIN (Êtes-vous le médecin de famille de cette personne?) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____ ADRESSE _____ N° PERMIS _____	SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) _____ N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____
SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN _____ DATE _____	

Date Début d'absence : _____ Nom : _____ No. employé (e) : _____