Éducation, Loisir et Sport
Québec

GUIDE

D'UTILISATION DU RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ ASSURANCE TRAITEMENT

Parties A et C : Renseignements sur la personne salariée et l'employeur

Les parties A et C doivent être remplies par l'employeur. Elles servent à obtenir des renseignements sur la personne salariée et l'employeur.

Note concernant le nom de la représentante ou du représentant de l'employeur
La ou le signataire doit être la personne désignée et autorisée par l'employeur à communiquer avec l'agente ou l'agent des Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation.

Partie B : Attestation et autorisation de la personne salariée

Cette partie du formulaire doit être remplie et signée par la personne salariée. Si elle refuse de signer, l'employeur pourra rejeter sa demande relative au paiement des avantages prévus au régime de l'assurance traitement.

Partie D : Rapport médical

La personne salariée doit faire remplir cette partie du formulaire par un médecin inscrit à la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ), qui devra préciser, entre autres choses, le diagnostic, la date du début de l'invalidité et la date prévue de retour au travail. Si nécessaire, le médecin devra mentionner les limitations fonctionnelles de la personne salariée. Il lui faudra également se prononcer sur son retour progressif au travail, le cas échéant.

Au point 3) A) :

Date de fin de la période acceptée par l'employeur, l'employeur doit inscrire la date de fin de la période d'invalidité qu'il accepte. Cette date indique au médecin traitant la date à partir de laquelle l'employeur évaluera la prolongation de l'invalidité.

S'il y a prolongation de l'invalidité, le médecin devra décrire les complications ou les raisons médicales qui la justifient. Les coûts liés à la production de ce rapport sont à la charge de la personne salariée, sauf s'il en est stipulé autrement dans les conventions collectives ou dans les conditions de travail.

S'il y a lieu, l'employeur pourra expédier le formulaire dûment rempli à l'agente ou l'agent responsable de ses dossiers d'assurance traitement aux Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation à l'adresse suivante :

Services-conseils aux gestionnaires
des réseaux de l'éducation
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
150, boulevard René-Lévesque Est, 15e étage
Québec (Québec) G1R 5W8

Téléphone : (418) 644-8803
Télécopieur : (418) 646-5424

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir des renseignements concernant un dossier d'absence pour invalidité, la personne désignée et autorisée par l'employeur est priée de communiquer avec l'agente ou l'agent des Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation responsable du dossier.

Éducation, Loisir et Sport Québec

RAPPORT MÉDICAL D'INVALIDITÉ
Assurance traitement

Partie A : Renseignements sur la personne salariée et l'employeur (à remplir par l'**employeur**)

Renseignements sur la personne salariée

Nom		Prénom	
	Sexe ☐ M ☐ F	Date de naissance (Année Mois Jour)	
Adresse		Province: QUE	Code postal
Date du début de l'invalidité (Année Mois Jour)		Titre de l'emploi	
Statut d'emploi ☐ Régulier ☐ Autre		Le cas échéant, indiquez la date de fin d'emploi. (Année Mois Jour)	

Renseignements sur l'employeur

N° de l'employeur: M-4710133	Nom de l'employeur: Collège Ahuntsic		
Adresse: 9155, rue St-Hubert, Montréal, H2M 1Y8			
Représentante ou représentant de l'employeur	Nom (caractères d'imprimerie)	Ind. rég. N° de téléphone: (514) 389-5921	Poste: 2190
	Signature	Ind. rég. N° de télécopieur: (514) 389-5752	

Note : Veuillez remplir la partie C, « Renseignements sur la personne salariée » et indiquez à la section 3) A) la « date de fin de la période acceptée par l'employeur ».

Partie B : Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la **personne salariée**)

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants ? (Si oui, cochez la case appropriée.)

☐ IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels
☐ SAAQ: Société de l'assurance automobile du Québec
☐ CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
☐ RRQ: Régie des rentes du Québec

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à l'employeur tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de toute autre professionnel de la santé pour ladite invalidité.

Signature		**Date** (Année Mois Jour)	Ind. rég. N° de téléphone à la résidence

Renseignements généraux à l'intention du médecin traitant et de la personne salariée réclamant des prestations d'assurance traitement

Régime d'assurance traitement

La charge financière du régime d'assurance traitement dans les réseaux de l'éducation est entièrement supportée par les employeurs pour les 104 premières semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'autoassurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement.

L'employeur étant responsable du versement des prestations d'assurance traitement, il a le devoir de s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles régissant les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité à la réclamation et à toute prolongation de la période d'absence. Il peut également diriger la personne salariée vers le médecin de son choix. Les frais pouvant être engagés pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf s'il en est stipulé autrement dans les conventions collectives ou dans les conditions de travail.

Définition d'« invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations de l'assurance traitement lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

1. l'état d'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse** ou **d'une intervention chirurgicale liée à la planification des naissances**;
   ET
2. la maladie (ou l'accident) **doit nécessiter des soins médicaux**;
   ET
3. elle doit rendre la personne salariée **totalement incapable** d'accomplir les tâches habituelles **de son emploi** ou **de tout autre emploi analogue** comportant une rémunération similaire.

Définition de « limitations fonctionnelles »

Les limitations ou les incapacités fonctionnelles sont des entraves absolues imposées par la déficience. Elles représentent une diminution mesurable des possibilités d'action de la personne salariée. C'est l'expression de ce que la personne salariée **n'est plus capable de faire**.

Retour progressif au travail

Une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

Note : Le présent document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Partie C : Renseignements sur la personne salariée

Nom de la personne salariée

Partie D : Rapport médical (à remplir lisiblement par le **médecin**)

1) DIAGNOSTIC

Maladie principale causant la présente invalidité

S'il s'agit d'un problème de santé mentale, remplissez les axes selon le DSM IV.

Axe I

Axe II

Axe III

Axe IV

Évaluation de la maladie : ☐ Grave ☐ Modérée ☐ Légère

Code diagnostic

Axe V

Code diagnostic

Maladies secondaires (s'il y a lieu)

Code diagnostic

Premier examen pour cette invalidité : Année Mois Jour

Fréquence des visites

Cas de grossesse : DPA Année Mois Jour

S'agit-il d'une complication grave? ☐ Oui ☐ Non

Séjour dans un hôpital ou une clinique : Nom

Du Année Mois Jour au Année Mois Jour

Consultations en spécialité médicale : (précisez la date du rendez-vous en cas d'attente) Année Mois Jour

Nom du médecin (spécialité)

Résultat (ou annexez copie)

Bref rapport des examens spécifiques et pertinents : FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI, TA (lecture et date), etc.

2) TRAITEMENT

☐ Aucun ☐ Médical: médication et posologie (date du début)

S'il s'agit d'une intervention chirurgicale, la personne salariée peut-elle travailler en attendant la chirurgie ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Chirurgical : nature et date de l'intervention

Thérapies	Fréquence	Nom du professionnel ou de la clinique
☐ Physiothérapie :		
☐ Psychothérapie :		
☐ Autre (précisez) :		

3) INVALIDITÉ – RETOUR PROGRESSIF

A) Invalidité (définition à la page précédente)

En quoi la maladie décrite plus haut rend-elle la personne salariée incapable d'occuper l'emploi inscrit à la partie A? Indiquez les **limitations fonctionnelles** (définition à la page précédente).

Date de fin de la période acceptée par l'employeur Année Mois Jour

S'il y a prolongation au-delà de la date de fin de la période acceptée par l'employeur, décrivez les complications ou les raisons médicales qui la justifient.

À votre avis, la personne salariée est-elle actuellement totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de **son emploi**? ☐ Oui ☐ Non

Date du début de l'invalidité : Année Mois Jour

Date prévue de retour au travail : Année Mois Jour

Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence : Année Mois Jour

Date du prochain rendez-vous : Année Mois Jour

B) Retour progressif (définition à la page précédente)

Pourrait-elle reprendre **son emploi** en bénéficiant d'un retour progressif? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le nombre de j/sem. et de semaines : j/sem. pour semaines | j/sem. pour semaines | j/sem. pour semaines | Date du début Année Mois Jour

4) INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)

Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper **son emploi actuel**? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourrait-elle occuper **un autre emploi**? ☐ Oui ☐ Non

Signature du médecin

Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (timbres non acceptés). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin **signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité**.

Nom du médecin (caractères d'imprimerie) | N° de permis | Ind. rég. N° de téléphone | Ind. rég. N° de télécopieur

Adresse | Province | Code postal

Spécialité (s'il y a lieu) | Signature du médecin (ne pas utiliser de timbre) | Date Année Mois Jour