



RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____ N° EMPLOYÉ : _____

DATE DE NAISSANCE : A / M / J N° DE TÉLÉPHONE : () _____ N.A.S. : _____ - _____ - _____

SERVICE : _____ TITRE D'EMPLOI : _____ HORAIRE DE TRAVAIL : _____

NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : _____ STATUT : TC ☐ TPR ☐ TPO ☐

Responsable du dossier

NOM DE L'EMPLOYEUR : CHU de Québec-Université Laval

Tel. : 418 525-4444 poste _____

PREMIER JOUR D'ABSENCE : _____

Fax : 418 649-5759

service.sante@chudequebec.ca

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 soutien 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 GROSSESSE OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE

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 ET DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.

RÉADAPTATION EN INVALIDITÉ OU RETOUR 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 RÉADAPTATION TOUT EN CONTINUANT D'ÊTRE ASSUJETTIE 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

Nom : _____ Matricule: _____

PARTIE B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

DIAGNOSTIC

Principal : _____

Secondaire : _____

SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV

Axe I _____
(Troubles cliniques psychiatriques)

Axe II _____
(Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)

Axe III _____
(Maladies physiques)

Axe IV _____
(problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)

Axe V _____
(Évaluation globale du fonctionnement)

SUIVI MÉDICAL Date de la 1^{re} consultation pour cette invalidité : A / M / J

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui ☐ Nom et spécialité : _____

Résultat de la consultation : _____

☐ **EXAMENS DIAGNOSTIQUES** Préciser : _____ Résultats : _____

☐ **HOSPITALISATION** Du : _____ Au : _____

☐ **CHIRURGIE** Préciser : _____ Date : A / M / J

☐ **PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE** Date du début : _____ Fréquence : _____

☐ **PSYCHOTHÉRAPIE** Date du début : _____ Fréquence : _____

☐ **PHARMACOLOGIE** Préciser : _____ Posologie : _____

_____ Posologie : _____

☐ **AUTRE** Préciser : _____

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

☐ Retour au travail régulier Date : A / M / J

☐ Retour au travail progressif dans son poste De : _____ À : _____

Modalité : _____

☐ Assignment temporaire (tâches allégées) De : _____ À : _____

Modalité : _____

Restrictions médicales : _____

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 : A / M / J

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous complété des documents : RRQ ☐ A / M / J SAAQ ☐ A / M / J CSST ☐ A / M / J IVAC ☐ A / M / J

Date du prochain rendez-vous : A / M / J

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____

ADRESSE _____

N° PERMIS _____

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) _____

N° de téléphone _____

 A / M / J
DATE

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN _____

N° de télécopieur _____