



## RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

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

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ N° EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE : ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

SERVICE : \_\_\_\_\_ TITRE D'EMPLOI : \_\_\_\_\_ HORAIRE DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : \_\_\_\_\_ STATUT : TC  TPR  TPO

NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

### 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

1000, boul. Sainte-Anne, local 5C-10  
 Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2  
 Tél. : 450 759-8222 poste 4285  
 Téléc. : 450 759-1625  
 Courriel : sstnord.ciessler@ssss.gouv.qc.ca

Date de la 1<sup>re</sup> consultation pour cette invalidité :    /    /   

## 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

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 :    /    /   

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 :    /    /   

Retour au travail progressif dans son poste De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Modalité : \_\_\_\_\_

Assignation 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 :    /    /   

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

Avez-vous complété des documents : RRQ     /    /    SAAQ     /    /    CSST     /    /    IVAC     /    /   

Date du prochain rendez-vous :    /    /   

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

N° PERMIS  
   /    /   

SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée) \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

DATE

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN \_\_\_\_\_

N° de télécopieur \_\_\_\_\_