



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

FAX : 514-345-4743

TÉL : 514-345-4704

1 Autorisation du Patient

Numéro employé	Prénom	Nom de famille	
Service	Type d'emploi	Supérieur (e)	
Adresse	No. d'app.	ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone () -	

J'autorise le service de service de santé au travail du CHU Sainte-Justine et son personnel à utiliser et à obtenir les renseignements nécessaires par écrit ou verbalement avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements qui me concernent relativement à la présente demande de règlement. Je conviens que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature de l'employé	Date	Jour	Mois	Année
		/	/	

Informations générales à la personnes salariées 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 :

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.
2. QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL
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 PERSONNES 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 PUBLICS ET PARAPUBLICS.

2. Renseignements Généraux

L'état de santé du patient résulte-t-il d'une blessure ou d'une maladie causée par son travail?			Dernier jour de travail			Première consultation médicale		
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas			Jour Mois Année / / /			Jour Mois Année / / /		
Date d'hospitalisation		Date de sortie de l'hôpital		Date et nature de l'intervention chirurgicale			Date du premier jour d'absence invalidité.	
Jour Mois Année / / /		Jour Mois Année / / /		Jour Mois Année / / /			Jour Mois Année / / /	

Diagnostic

Principal		
Secondaire		
Date de l'apparition des symptômes ou de l'accident		Le patient a-t-il déjà souffert de troubles semblables ou identiques?
Jour Mois Année / / /		☐ oui ☐ non
Dans l'affirmative, indiquez quand et donnez des précisions.		

Dossier Médical

Énumérez tous les symptômes qui ont trait à l'invalidité déclarée par le patient et indiquez la date à laquelle ils se sont manifestés, leur gravité et leur progression.

Plan de Traitement

Indiquez tous les médicaments prescrits et leur posologie, ainsi que les traitements de physiothérapie.

Examen physique

Le retour au travail devrait se faire dans 2 à 3 semaines ☐		Si l'invalidité est la conséquence d'un accident de véhicule motorisé, indiquez la date de l'accident
Le retour au travail devrait se faire dans 4 à 6 semaines ☐		
Taille	Poids	Dans le cas d'un délai autre, donnez des précisions. Jour Mois Année / / /

Retour au Travail

Date prévue du retour au travail	Décrivez toute restrictions/limitations qui devrait être apportées aux tâches de l'employée.
Jour Mois Année / / /	

Prochaine Visite médicale

Date de la visite, s'il y a lieu	Inscrire le nom du spécialiste si vous réferez ce travailleur à une tierce personne
Jour Mois Année / / /	

Pronostic

Quelles sont les limitations ou les restrictions qui s'appliquent? Veuillez indiquer également votre pronostic.

Nom du médecin traitant (en caractère d'imprimerie)	Domaine de spécialisation	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
		() -	() -
Adresse			
Signature du médecin		Date	

Veuillez joindre au questionnaire des copies de tous les rapports pertinents qui attestent de façon objective l'existence de l'invalidité décrite ci-dessus (résultats de radiographies, de myélographies, de scanographies, de scintigraphies osseuses, etc.)

RÉCLAMATION D'ASSURANCE-SALAIRE

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

RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE

LA CHARGE FINANCIÈRE DU RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EST ENTIÈREMENT SUPPORTÉE PAR LES EMPLOYEURS POUR LES 104 PREMIÈRES SEMAINES D'INVALIDITÉ, EN EFFET, IL S'AGIT D'UN RÉGIME D'AUTO ASSURANCE AUQUEL LA PERSONNE SALARIÉE NE CONTRIBUE PAS FINANCIÈREMENT.

L'EMPLOYEUR ÉTANT RESPONSABLE DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS D'ASSURANCE-SALAIRE, 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 LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

LES FRAIS POUVANT ÊTRE ENCOURUS POUR LA PRODUCTION D'UNE RÉCLAMATION D'ASSURANCE-SALAIRE, TELS QUE LES HONORAIRES PROFESSIONNELS EXIGIBLES POUR COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DE LA PERSONNE SALARIÉE.

CONFORMÉMENT AUX ARTICLES 64 ET 65 DE LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, VEILLEZ PRENDRE NOTE QUE :

- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS DANS CE FORMULAIRE LE SONT POUR LE COMPTE DE L'EMPLOYEUR QUI AGIT ÉGALEMENT À TITRE D'ASSUREUR ET POUR LE SERVICE DE SUPPORT CONSEIL EN ASSURANCE-SALAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (PROGRAMME SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL-RÉSEAU)
- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS SERVENT À ÉVALUER L'ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE DES PERSONNES SALARIÉES AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUI DÉPOSENT UNE DÉCLARATION À CETTE EFFET TEL QUE PRÉVU AUX CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR.
- LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS NE SONT ACCESSIBLES QU'AUX :
 - REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYÉ OU AU REPRÉSENTANT MANDATÉ PAR L'EMPLOYEUR SPÉCIFIQUEMENT DÉSIGNÉS AUX FINS DE L'ADMINISTRATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SALAIRE.
 - PERSONNES HABILITÉES DU SERVICE DE SUPPORT CONSEIL EN ASSURANCE-SALAIRE DU PROGRAMME SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL-RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DE LEUR FONCTION.
- LES ARTICLES 83 À 102 DE LA LOI MENTIONNÉE CI-DESSUS PERMETTENT UN DROIT D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE ET UN DROIT DE RECTIFICATION DE CES RENSEIGNEMENTS S'ILS SONT INEXACTS, INCOMPLETS OU ÉQUIVOQUES.