

# 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, 15<sup>e</sup> 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.

---

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

Renseignements sur la personne salariée	Nom				Prénom								
	Numéro d'assurance sociale				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance		Année	Mois	Jour		
	Adresse							Province	Code postal				
	Date du début de l'invalidité		Année	Mois	Jour	Titre de l'emploi							
Renseignements sur l'employeur	Statut d'emploi		<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre		Le cas échéant, indiquez la date de fin d'emploi.						Année	Mois	Jour
	N° de l'employeur		Nom de l'employeur										
	Adresse												
	Représentante ou représentant de l'employeur		Nom (caractères d'imprimerie)							Ind. rég.	N° de téléphone		Poste
Signature							Ind. rég.	N° de télécopieur					
<p><b>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 ».</b></p>													

**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 représentantes ou les représentants autorisés des hôpitaux** et de **tout autre organisme en cause à fournir à l'employeur et aux Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation** 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 tout 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 **totalemtent 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	Numéro d'assurance sociale
-----------------------------	----------------------------

**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 : <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Légère	Code diagnostic	Code diagnostic
	Axe V	
Maladies secondaires (s'il y a lieu)		Code diagnostic
Année Mois Jour	Fréquence des visites	
Premier examen pour cette invalidité :		
Année Mois Jour	S'agit-il d'une complication grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cas de grossesse : DPA		
Séjour dans un hôpital ou une clinique :	Nom	Année Mois Jour
		Du Année Mois Jour au Année Mois Jour
Année Mois Jour	Nom du médecin (spécialité)	
Consultations en spécialité médicale : (précisez la date du rendez-vous en cas d'attente)		
Résultat (ou annexe copie)		
Bref rapport des examens spécifiques et pertinents : FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI, TA (lecture et date), etc.		

**2) TRAITEMENT**

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Chirurgical : nature et date de l'intervention	
Thérapies	Fréquence
Nom du professionnel ou de la clinique	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie : _____	
<input type="checkbox"/> Psychothérapie : _____	
<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si oui, précisez le nombre de j/sem. et de semaines :	j/sem.	semaines	j/sem.	semaines	j/sem.	semaines	Année	Mois	Jour
		pour		pour		pour			
							Date du début		

**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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pourrait-elle occuper un autre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)			Année	Mois	Jour
				Date		