



Syndicat des professionnelles en
soins de Chaudière-Appalaches

Formulaire de réclamation d'Assurance Salaire (FRAS)

Ce formulaire doit être rempli par votre md traitant lors d'un arrêt de travail, maladie, assurance salaire.

Une fois complété, vous devez l'acheminer au bureau de santé. Vous n'avez pas à le remettre à votre gestionnaire vu la nature confidentielle des renseignements s'y trouvant.

Coordonnées du Bureau de santé (télécopieur)

Secteur Alphonse-Desjardins : 1-866-561-8899

Secteur Montmagny : (418) 248-0094

Secteur Beauce-Etchemins : (418) 228-5387

Secteur Thetford : (418) 338-7789

S'il s'agit d'un accident de travail, ne pas oublier de faire remplir les papiers de CNESST à votre md et d'ouvrir un dossier à la CNESST → Réclamation du travailleur et Rapport médical.



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 :

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches



975, rue de la Concorde
Lévis (Québec) G6W 8A7

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

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

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 _____
(Evaluation globale du fonctionnement)

SUIVI MÉDICAL

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui Non 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 : _____
- 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 : 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	<u> A / M / J </u> DATE
SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN	N° de télécopieur	