

Directives

- Veuillez compléter la section A, puis faire remplir la section B par votre médecin.
- Le formulaire dûment rempli et signé doit être retourné au groupe approprié ci-dessous qui soutient le programme pour lequel vous demandez des prestations au plus tard **10 jours ouvrables** après votre premier jour d'absence.
- Pour toute question administrative reliée aux prestations d'invalidité, veuillez contacter les Services aux employés au 1 888 391-0005 ou à services.employes@bell.ca.

Prestations d'invalidité de courte durée

✉ Manuvie (agent désigné du Groupe gestion de l'invalidité (« GGI ») de Bell)
2000, rue Mansfield
C.P. 400, Succ. Place-D'Armes
Montréal QC H2Y 3H1

☎ 1 866 364-4393

📠 1 866 364-4394

@ belldmq@manulife.ca

Prestations en cas d'accident du travail

✉ Groupe de gestion des lésions professionnelles de Bell (une division du Groupe gestion de l'invalidité (« GGI »))
1, carrefour Alexander-Graham Bell
Tour A, 3^e étage
Verdun QC H3E3B3

☎ 1 800 228-7731

📠 1 888 391-2272

@ dmq.accident@bell.ca

Section A — (À être complétée par l'employé(e))

Nom, prénom:

Adresse à domicile:

N° téléphone:

Courriel personnel:

Supérieur immédiat:

Titre:

Courriel:

N° téléphone:

Assistante administrative:

Courriel:

N° téléphone:

N° d'employé(e):

Statut: Temps plein Temps partiel

Nom du CC4:

Date de naissance: / /
Année Mois Jour

Date reconnue de service: / /
Année Mois Jour

Date du début de l'emploi actuel: / /
Année Mois Jour

Date du dernier jour au travail: / /
Année Mois Jour

Date du premier jour d'absence: / /
Année Mois Jour

Titre de l'emploi:

Autorisation de l'employé(e) - Choisir l'option A ou B - Veuillez vous assurer de cocher la boîte de l'option sélectionnée si vous imprimez ce formulaire

Veuillez prendre note que si aucun choix n'est fait, le formulaire sera considéré comme étant incomplet et vous sera retourné.

Option A

J'autorise par la présente tout médecin ou autre professionnel de la santé, hôpital, compagnie d'assurance ou tout autre établissement de santé, de réadaptation ou autre établissement professionnel, y compris le Régime de pensions du Canada/la Régie des rentes du Québec/les régimes d'assurance automobile provinciaux sans égard à la responsabilité de quiconque de type « no fault », possédant de l'information médicale au sujet de mon absence actuelle, à divulguer au Groupe gestion de l'invalidité de Bell, y compris le Groupe de gestion des lésions professionnelles de Bell en cas d'accident du travail (ci-après dénommé collectivement « le GGI ») et Manuvie (agent désigné du GGI de Bell), toute l'information médicale demandée au sujet de mon absence actuelle du travail et à discuter de ma capacité de travail avec le GGI.

J'autorise le GGI et Manuvie à divulguer les informations médicales pertinentes avec mon médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé impliqué dans la gestion de mon absence actuelle du travail.

Option B

J'autorise par la présente le médecin soussigné et tout professionnel de la santé auquel j'ai été référé à divulguer au Groupe gestion de l'invalidité de Bell, y compris le Groupe de gestion des lésions professionnelles de Bell en cas d'accident du travail (ci-après dénommé collectivement « le GGI ») et Manuvie (agent désigné du GGI de Bell) toute l'information médicale demandée au sujet de mon absence actuelle du travail et à discuter de ma capacité de travail avec le GGI.

J'autorise le GGI et Manuvie à divulguer les informations médicales pertinentes avec mon médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé impliqué dans la gestion de mon absence actuelle du travail.

Veuillez noter que quelle que soit l'option choisie :

1. Une autre autorisation de divulgation de renseignements médicaux pourrait être requise par le Groupe gestion de l'invalidité de Bell, y compris le Groupe de gestion des lésions professionnelles de Bell en cas d'accident du travail (ci-après dénommé collectivement « le GGI ») et Manuvie (agent désigné du GGI de Bell), pour confirmer que l'employé(e) était et/ou est toujours admissible au programme d'invalidité.
2. Le GGI et Manuvie se serviront des renseignements obtenus pour aider à gérer l'absence actuelle. Cette autorisation est valide pour une période maximale de six mois.
3. Le GGI et Manuvie garantissent qu'ils recueilleront, utiliseront, divulgueront et protégeront toute l'information conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE).
4. L'employé(e) doit se conformer aux termes et conditions du programme d'invalidité ou d'accident du travail applicable et informer le GGI et/ou Manuvie d'activités telles que suivre des cours dans un établissement scolaire ou travailler à l'extérieur de Bell durant la période d'absence.
5. L'employé(e) comprend que les frais inhérents à l'obtention de ce rapport sont à sa charge.

Signature de l'employé(e): _____

Date: / /
Année Mois Jour

Section B — (À être complétée par un médecin ou dentiste dûment accrédité)

Au médecin:

Les renseignements fournis seront utilisés de manière confidentielle pour gérer l'absence actuelle de notre l'employé(e) et évaluer son admissibilité aux prestations d'invalidité. Les meilleures pratiques reconnaissent qu'il est dans le meilleur intérêt de l'employé(e) de reprendre le travail dès que possible du point de vue médical, et ce même à temps partiel ou avec des mesures d'accommodement mise en place. L'entreprise s'efforcera de trouver des affectations temporaires ou des mesures d'accommodements appropriées en tenant compte des limitations de l'employé(e).

1. Nom du (de la) patient(e): _____ Taille: (si pertinent) _____ Poids: (si pertinent) _____
2. Diagnostic(s) de l'invalidité actuelle (s'il s'agit d'un problème de santé mentale, utiliser la nomenclature du DSM-5):
- A) Principal: _____ B) Secondaire: (si pertinent) _____
- C) Date de la première visite: _____ / _____ / _____ Dernière visite: _____ / _____ / _____ Prochaine visite: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour
- D) A-t-il(elle) déjà souffert de la même condition ou d'une condition similaire? (Si oui, quand et veuillez décrire)
- E) À votre connaissance, quand les symptômes ont-ils débuté?
- F) Si le (la) patient(e) souffre d'hypertension reliée à son absence actuelle, fournir les trois dernières lectures:
- _____ / _____ / _____ Première Année Mois Jour Deuxième Année Mois Jour Troisième Année Mois Jour
- G) Si l'affection résulte d'une complication de grossesse, indiquer la date prévue de l'accouchement: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
3. Le diagnostic est-il:
- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| Relié au travail | Non relié au travail | Accident de véhicule motorisé |
| <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> |
4. Traitement
- A) Nature et fréquence des traitements institués:
- B) Nature et posologie de la médication reliée à l'absence actuelle:
- C) Résultats des examens de laboratoire et/ou de radiologie pertinents:
- D) Si le (la) patient(e) a été référé(e) en spécialité relativement à l'absence actuelle, indiquer la date de référence, le nom du spécialiste et la spécialité:
- _____ / _____ / _____ Année Mois Jour Nom du spécialiste Spécialité
- E) S'il y a eu hospitalisation, indiquer la raison et la période:
- F) S'il y a eu intervention chirurgicale ou si elle est prévue, indiquer la nature et la date: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
5. Degré d'invalidité
- A) Selon vous, votre patient(e) est-il(elle) totalement incapable d'accomplir toutes les tâches habituelles de son emploi? Oui Non
Si oui, dites pourquoi: _____ Sinon, veuillez préciser les tâches qu'il(elle) ne peut accomplir: _____
- B) Selon vous, votre patient(e) est-il(elle) en mesure d'occuper un autre emploi? Oui Non
Si oui, veuillez préciser la nature de ses limitations fonctionnelles ou de ses restrictions de travail: _____
Quelle est la durée d'application des limitations fonctionnelles ou restrictions de travail?
- C) Avez-vous un plan de retour au travail progressif à proposer? Oui Non
Si oui, quel est-il?
- D) Quand prévoyez-vous que votre patient sera en mesure de reprendre son emploi régulier? _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
- E) Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolonge au-delà d'une période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant la prolongation:
- F) Votre patient(e) pourrait-il bénéficier d'assistance dans le cadre d'un retour au travail? Oui Non
Si oui, précisez: _____

Nom du médecin: _____ Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____
Spécialité: _____ N° licence: _____ Année Mois Jour

Courriel: _____ N° télécopieur: _____ N° tél.: _____