



Rapport du médecin à l'intention du Groupe de gestion de l'invalidité (GGI)

(À être rempli par l'employé(e). S.v.p. cochez le programme concerné)

Programme d'invalidité de courte durée

La Financière Manuvie (Confidentiel)
Groupe de gestion de l'invalidité
2000, rue Mansfield
3^{ème} étage
Montréal, (Québec) H3A 3N8
Téléphone : (514) 287-4393 * (1-866) 364-4393
Télécopie : (514) 287-4394 * (1-866) 364-4394

Programme d'invalidité de longue durée ou
Régime d'indemnités d'incapacité résultant d'un accident

Bell Canada (Confidentiel)
10S1
700, rue de La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L1
Téléphone : (514) 870-2975 * (1-800) 228-7731
Télécopie : (514) 391-2272 * (1-888) 391-2272

Formulaire initial ou supplémentaire N° d'employé(e) : _____ Palier B (CC4) : _____ Code de structuration : _____ Centre de coût : _____

Prrière de faire parvenir au Groupe de gestion de l'invalidité concerné par télécopie ou par courrier aux coordonnées ci haut mentionnées. Pour toute question administrative reliée aux avantages sociaux OU POUR OBTENIR UNE CONFIRMATION DE RÉCEPTION DE CE CERTIFICAT, veuillez contacter les Services aux employés au numéro suivant : (514) 870-6617 ou 1 888 391-0005.

À l'employé(e) :

Pour toute absence au travail de plus de sept jours civils pour une maladie / accident hors travail, ou dès la première journée **complète** d'absence pour un accident au travail / maladie professionnelle*, prière de compléter la section « A » avant de remettre le formulaire à votre médecin. Le formulaire BC 1935 doit nous être retourné dûment rempli et signé au plus tard 10 jours ouvrables après votre premier jour d'absence.

* Au Québec, les certificats médicaux provenant de la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail du Québec (CSST) vont continuer à être utilisés tandis qu'en Ontario, cette BC 1935 doit être utilisée pour un accident au travail/maladie professionnelle.

Section A — (À être remplie par l'employé[e])

Nom, prénom : _____

Adresse à domicile : _____

Numéro de téléphone : () _____

Nom du supérieur immédiat : _____

Titre : _____

Adresse : _____

Adresse électronique : _____

N° de téléphone : () _____ N° de télécopie : () _____

Nom de l'assistante administrative : _____

Adresse : _____

Adresse électronique : _____

N° de téléphone : () _____ N° de télécopie : () _____

Statut de l'employé : Temps plein ou temps partiel

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 : _____

S'il s'agit d'un accident, veuillez décrire les circonstances :

Autorisation de l'employé(e) (L'employé(e) doit choisir l'option A ou l'option B) :

A J'autorise par la présente tout médecin ou autre professionnel de la santé, hôpital, compagnie d'assurance ou autre organisme médical, agence de réadaptation ou autre établissement professionnel incluant la Régie des rentes du Québec/le Régime de pension du Canada/Société de l'assurance-automobile du Québec/ Ontario « No Fault Benefits » qui possède des renseignements médicaux relativement à ma présente absence de les fournir et s'il y a lieu de discuter de ma condition avec les membres du Groupe de gestion de l'invalidité et/ou agent désigné. Cette autorisation est valable pour une période ne dépassant pas six mois. Je comprends que les frais inhérents à l'obtention du présent rapport médical sont à ma charge.

B J'autorise, par la présente, Dr _____ à fournir au Groupe de gestion de l'invalidité de Bell toutes les informations requises relatives au motif de ma présente absence du travail et de discuter de ma capacité de travail avec le GGI. Je comprends que les frais inhérents à l'obtention de ce rapport sont à ma charge.

Veuillez noter que quelque soit l'option choisie, un formulaire additionnel permettant l'accès à votre information de santé pourrait être requis par le GGI afin d'établir l'éligibilité initiale ou l'éligibilité au maintien du Programme de remplacement du revenu.

Signature : _____

Date : Année Mois Jour

Section B — (À être remplie par le médecin ou dentiste dûment accrédité)

Au médecin :

Les renseignements obtenus seront utilisés de manière confidentielle dans le cadre de la gestion du dossier médical de l'employé(e). Bell croit qu'il est dans l'intérêt de l'employé(e) de reprendre le travail dès que sa santé le permet même si ce n'est qu'à temps partiel. Lorsqu'il y a lieu et si c'est possible, la compagnie s'efforce de trouver des affectations temporaires respectant les restrictions de l'employé(e).

1 Nom du (de la) patiente(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 DSMIV) :

A) Principal _____ B) Secondaire (si pertinent) _____

C) Date de la première visite : Année Mois Jour Dernière visite : Année Mois Jour Prochaine visite : 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)

NOM DE L'EMPLOYÉ(E) _____ N° D'EMPLOYÉ(E) _____

2 Diagnostic(s) de l'invalidité actuelle (suite) :

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 :

____ / ____ | | | | • ____ / ____ | | | | • ____ / ____ | | | |
Année Mois Jour Année Mois Jour 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 résulte-t-il : d'une maladie ? d'une maladie professionnelle (CSST/WSIB) ?
d'un accident ? *au travail (CSST/WSIB)* *hors travail* *automobile*

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) Le (la) patient(e) a-t-il (elle) été référé(e) en spécialité relativement à l'absence actuelle ? Si oui, indiquer la date de référence, le nom du spécialiste et la 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 : _____

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 : _____

Si non, 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) S'il s'agit d'un problème cardiaque, fournir la classe fonctionnelle actuelle :
 Classe 1 (aucune restriction) Classe 2 (légère restriction) Classe 3 (restriction marquée) Classe 4 (restriction complète)

F) 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 :

G) 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 : _____

Désirez-vous qu'un professionnel de la santé de l'employeur (GGI) vous contacte au sujet de votre patient(e) ? Oui Non

Spécialité : _____ N° de permis : _____ N° de télécopie : () _____ N° de téléphone : () _____
Année Mois Jour