



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

Prière 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.

Programme d'invalidité de courte durée

La Financière Manuvie (Confidentiel)
Groupe de gestion de l'invalidité
2000, rue Mansfield
C.P. 400, Succ. Place-D'Armes
Montréal QC H2Y 3H1
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)
1, Alexander G. Bell
Tour A, 3^e étage
Verdun (Québec) H3E 3B3
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 : _____

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 :

Grid for birth date: Année, Mois, Jour

Date reconnue de service :

Grid for date of service: Année, Mois, Jour

Date du début de l'emploi actuel :

Grid for date of start of current employment: Année, Mois, Jour

Date du dernier jour au travail :

Grid for date of last day of work: Année, Mois, Jour

Date du premier jour d'absence :

Grid for date of first day of absence: Année, Mois, Jour

Titre de l'emploi : _____

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

Blank lines for accident description

Autorisation de l'employé (choisir l'option A ou l'option B – Veuillez prendre note que si aucun choix n'est fait, le formulaire sera considéré comme étant incomplet et sera retourné à l'employé(e))

Option A — (À être remplie par l'employé(e))

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/le Régime d'assurance sans-faute de l'Ontario/la Société de l'assurance-automobile du Québec, possédant de l'information médicale au sujet de mon absence actuelle, à divulguer au groupe de gestion de l'invalidité de Bell et (ou) à ses agents désignés toute l'information médicale demandée au sujet de mon absence actuelle du travail et à discuter de ma capacité de travail avec le groupe de gestion de l'invalidité et (ou) à ses agents désignés.

Option B — (À être remplie par l'employé(e))

J'autorise par la présente le médecin soussigné et tout spécialiste médical qui m'a été recommandé par le médecin soussigné, à divulguer au groupe de gestion de l'invalidité de Bell et (ou) à ses agents désignés toute l'information médicale demandée au sujet de mon absence actuelle du travail et à discuter de ma capacité de travail avec le groupe de gestion de l'invalidité et (ou) ses agents désignés.

Veuillez prendre connaissance des renseignements ci-après, quelque soit l'option choisie :

- 1. Une autre autorisation de divulgation de renseignements médicaux pourrait être requise par le groupe de gestion de l'invalidité pour confirmer que l'employé était et est toujours admissible au programme d'invalidité.
- 2. Le groupe de gestion de l'invalidité se servira des renseignements obtenus pour aider à gérer mon absence actuelle. Cette autorisation est valide pour une période maximale de six mois.
- 3. L'entreprise garantit qu'elle recueillera, utilisera, divulguera et protégera toute l'information conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDÉ).
- 4. L'employé doit informer le GGI d'activités telles que la suivie de cours ou le travail à l'extérieur de Bell durant la période d'absence.
- 5. Le patient comprend que les frais inhérents à l'obtention de ce rapport sont à sa charge.

Signature de l'employé : _____

Date: 20 ____/____/____

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).

NOM DE L'EMPLOYÉ(E) _____

N° D'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 DSM) :

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 :

____ / ____ [] [] [] [] [] [] [] [] • ____ / ____ [] [] [] [] [] [] [] [] • ____ / ____ [] [] [] [] [] [] [] []
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'un accident ? au travail (CSST/WSIB) d'une maladie professionnelle (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: 20 ____ / ____ / ____

Spécialité: _____

No Licence: _____

No télécopie: () _____

No tel.: () _____