



Programme d'assurance-invalidité de courte durée

Trousse de demande de prestations

APERÇU

Le Programme d'assurance-invalidité de courte durée (PAICD) assure un traitement uniforme pour tous les employés lorsqu'ils sont absents du travail en raison d'une maladie ou d'un accident non lié au travail. Il offre une couverture à tous les employés admissibles, indépendamment de leurs antécédents médicaux ou de leurs années de service à Postes Canada. Ce programme est en place pour :

- garantir aux employés un soutien adéquat au bon moment;
- faciliter un retour au travail sain, rapide et sécuritaire;
- évaluer les premières mesures d'adaptation potentielles;
- réduire les répercussions financières d'une absence en milieu de travail.

Postes Canada s'est engagée à trouver du travail sécuritaire et convenable au retour des employés, y compris des tâches modifiées au besoin.

ADMISSIBILITÉ

Les employés qui satisfont aux critères d'admissibilité recevront des prestations du PAICD s'il est déterminé qu'ils sont absents en raison d'une maladie pendant plus de sept jours civils, qu'ils ont été victimes d'un accident non lié au travail ou qu'ils sont hospitalisés. Si vous n'êtes pas certain si vous êtes admissible au programme, demandez à votre chef d'équipe ou consultez la page du Centre d'information sur l'invalidité de courte durée sur Intraposte.

FORMULAIRES

Déclaration du médecin traitant et Déclaration de l'employé. Vous êtes responsable de tous les coûts associés à la préparation du formulaire Déclaration du médecin traitant. Envoyez ces formulaires par courrier, par courriel ou par télécopieur à l'adresse indiquée sur les formulaires.

Pour les employés cadres : Votre paie peut être interrompue si les formulaires ne sont pas reçus par le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité dans un délai de sept jours civils à partir du début de votre absence. Tout paiement versé à l'employé pour la période en attente non prise en charge sera recouvré.

Pour les employés représentés par l'AOPC, l'AFPC, de l'ACMPA, le STTP (Urbain) et le STTP (FFRS) : Si les formulaires ne sont pas reçus dans les 16 jours civils à partir du début de votre absence, votre paie sera interrompue. Toute période payée en attente qui n'est pas acceptée sera récupérée.

ÉVALUATION DES RÉCLAMATIONS

Pour recevoir des prestations du PAICD, votre demande doit être approuvée par le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité. Les renseignements fournis par le médecin traitant doivent démontrer que vous n'êtes pas apte à travailler en raison de votre maladie ou de votre accident*.

Pour continuer à recevoir des prestations, vous devez être soigné par un médecin ou un autre membre d'une profession de la santé réglementée et vous devez suivre un plan de traitement convenable.

RESPONSABILITÉS DE L'EMPLOYÉ

Tout au long de votre demande, vous devez fournir une preuve satisfaisante de votre invalidité totale continue, participer activement au programme de gestion des cas d'invalidité, tenir votre chef d'équipe et votre gestionnaire de dossier au courant des progrès et accepter les mesures d'adaptation adéquates.

*** Protection des renseignements personnels** Les fournisseurs de services de gestion des cas d'invalidité retenus par Postes Canada sont contractuellement obligés de protéger les renseignements personnels de nos employés, de traiter tous les renseignements médicaux recueillis comme confidentiels et de protéger ces renseignements contre une utilisation ou une divulgation inappropriées et non autorisées.








Programme d'assurance-invalidité de courte durée

Procédé de demande de prestations pour les employés de Postes Canada

- Vous êtes incapable de travailler en raison d'une maladie qui dure **plus de sept jours civils**?
- Vous êtes en convalescence après un accident non lié au travail?
- Vous êtes hospitalisé?

VOICI LES CINQ ÉTAPES QUE VOUS DEVEZ SUIVRE :

| | | |
|---|---|--|
| 1 |  | <input type="checkbox"/> INFORMEZ immédiatement votre chef d'équipe. |
| 2 |  | <input type="checkbox"/> APPELEZ le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité 24 heures après avoir informé votre chef d'équipe de votre absence pour fixer la première évaluation par téléphone avec un gestionnaire de dossier. Le numéro à composer est le 1 855 554-3148. Le service est offert du lundi au vendredi, de 5 h 30 à 20 h (HE). |
| 3 |  | <input type="checkbox"/> OBTENEZ une Trousse de demande du PAICD (LSE Centre d'information sur l'invalidité de courte durée), auprès de votre chef d'équipe ou à partir du site Web postescanada.ca (« Je travaille à Postes Canada ») La trousse contient deux formulaires dont vous aurez besoin : <i>Déclaration du médecin traitant et Déclaration de l'employé.</i> |
| 4 |  | <input type="checkbox"/> CONSULTEZ votre médecin et assurez-vous que le formulaire Déclaration du médecin traitant est rempli. |
| 5 |  | <input type="checkbox"/> SOUMETTEZ les formulaires Déclaration du médecin traitant et Déclaration de l'employé dûment remplis au fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité. Les employés cadres : Votre paie peut être interrompue si les formulaires ne sont pas reçus dans un délai de sept jours civils à partir du début de votre absence. Employés représentés par l'AOPC, l'AFPC, l'ACMPA, le STTP (Urbain) et le STTP (FFRS) : Votre paie sera interrompue si les formulaires ne sont pas reçus dans un délai de 16 jours civils suivant le début de votre absence. |

Rappelez-vous : Il est essentiel d'obtenir une évaluation médicale rapidement, de suivre le traitement prescrit et de tenir votre gestionnaire de cas et votre chef d'équipe informés.



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

Veillez remplir le présent formulaire le plus tôt possible afin d'accélérer le traitement de la demande de prestations de votre patient aux termes du Programme d'assurance-invalidité de courte durée de Postes Canada. Remplissez et retournez ce formulaire **au fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité. Les employés cadres : Le formulaire doit être reçu dans un délai de sept jours civils suivant le début de l'absence du patient afin d'éviter toute interruption de sa paie.**

Employés représentés par l'AOPC, l'AFPC, l'ACMPA, le STTP (Urbain) et le STTP (FFRS) : La paie de votre patient sera interrompue si le formulaire n'est pas reçu dans un délai de 16 jours civils suivant le début de son absence.

Le formulaire rempli doit être envoyé par la poste, par courriel ou par télécopieur directement à :

Canada Vie/TELUS Santé
200 Consilium Place
Scarborough, ON M1H 3J3
Fax: 1-877-562-9126
Email: admdocuments@telussante.com

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour une blessure ou une maladie liée au travail.

SECTION A À remplir par le patient (en lettres moulées)

Nom de l'employé (nom, prénom usuel, initiale du deuxième prénom) :

Numéro d'employé :

Courriel :

Numéro de téléphone à domicile :

Autre numéro de téléphone :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Agent négociateur (le cas échéant) :

Date à laquelle le formulaire a été remis au médecin (jj/mm/aaaa) :

J'autorise par la présente la communication de renseignements contenus dans mon dossier par le médecin nommé ci-dessous au fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité et à ses agents et fournisseurs de services afin qu'ils puissent évaluer ma demande et administrer le programme de gestion d'invalidité relié à cette demande. Ces renseignements médicaux comprennent, sans s'y limiter, les copies des rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats d'examen et les dossiers d'hospitalisation étayant cette demande **Je comprends que je suis responsable de tous les frais connexes à la préparation du présent formulaire.**

Signature de l'employé :

Date (jj/mm/aaaa) :

SECTION B À remplir par le médecin traitant (en lettres moulées)

Diagnostic(s) ou diagnostic(s) de travail :

En cas de problème psychologique, indiquez le diagnostic conformément au DSM V Axis 1.

Diagnostic primaire :

Diagnostic secondaire :

Score EGF (le cas échéant) :

En cas de grossesse, date prévue ou réelle de l'accouchement (jj/mm/aaaa) :

L'invalidité diagnostiquée est-elle le résultat : d'une maladie non liée au travail? d'un accident non lié au travail?

Le patient a-t-il déjà souffert d'un problème similaire ou connexe?

Non Oui Dans l'affirmative, décrivez le problème :

Le problème est-il considéré comme chronique?

Non Oui Dans l'affirmative, qu'est-ce qui a entraîné l'absence du travail?

Date de la première visite (jj/mm/aaaa) :

Date de la dernière visite

(jj/mm/aaaa) :

Date de la première incapacité à travailler en raison du ou des problèmes actuels

(jj/mm/aaaa) :

Date prévue de retour au travail

(jj/mm/aaaa) :

| | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| Hospitalisation (interne ou externe)? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Date d'admission (jj/mm/aaaa) : | Nom de l'établissement : |
| Département ou service où le patient a été admis : | | Date du congé (jj/mm/aaaa) : |

Traitement (médicaments actuels, type de médicament(s), posologie et durée, physiothérapie, autres) :

SECTION C Renseignements supplémentaires pour les absences devant dépasser deux semaines (en lettres moulées)

REMARQUE POUR LE MÉDECIN / SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ PRINCIPAL : Si vous croyez que le patient sera rétabli dans les deux semaines suivant le début de l'invalidité, veuillez passer à la section D. Si ce n'est pas le cas, veuillez remplir la section C.

Décrivez l'état de l'employé en indiquant ses symptômes (gravité et fréquence), vos constatations objectives et l'incidence de l'invalidité sur la vie quotidienne du patient.

| | | |
|--|------------------------------------|--------------------|
| Fréquence des visites : Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuelles <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | Taille du patient : | Poids du patient : |
| Un rétablissement complet est-il prévu? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Période de rétablissement prévue : | |

Veuillez décrire les facteurs qui pourraient influencer sur la capacité du patient à reprendre le travail.

Veuillez joindre des copies de tous les résultats d'examen / de recherche et les rapports de consultation. Si les résultats d'examen ne sont pas joints, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué. Si le rapport de consultation n'est pas joint, veuillez indiquer si votre patient a été, ou sera, vu par un spécialiste pour ce problème.

| | | |
|----------------------|--------------|---------------------|
| Nom du spécialiste : | Spécialité : | Date de la visite : |
| Nom du spécialiste : | Spécialité : | Date de la visite : |

Veuillez répertorier les complications ou les problèmes supplémentaires ayant un effet sur le niveau de fonctionnement du patient ou la période de rétablissement prévue.

Déficience physique Votre patient a-t-il une déficience physique? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez remplir cette section.

À partir de votre évaluation, veuillez décrire les capacités actuelles de votre patient dans les domaines suivants :

| | | | |
|--|--|--|--|
| Soulever (poids max. / fréquence) | | Position debout (durée / fréquence) | |
| Porter (poids max. / distance) | | Marcher (distance / fréquence) | |
| Pousser / tirer (poids max. / fréquence) | | Monter (durée / fréquence) | |
| Marcher sur une surface inégale (distance / fréquence) | | Ramper (durée / fréquence) | |
| Travailler en hauteur (hauteur / fréquence) | | Entrée au clavier (durée / fréquence) | |
| Position assise (durée / fréquence) | | Utiliser la souris (durée / fréquence) | |

Remarques :

Déficiência cognitive / mentale Votre patient souffre-t-il d'une limitation cognitive / mentale? Non Oui
Dans l'affirmative, veuillez remplir cette section.

| Indiquez si le patient a actuellement des restrictions cognitives / mentales dans les domaines suivants : | Aucune | Légère | Moyenne | Grave |
|---|--------|--------|---------|-------|
| Concentration (p. ex. attention, orientation) | | | | |
| Raisonnement analytique (p. ex. jugement) | | | | |
| Apprentissage de nouveaux éléments (p. ex. mémoire) | | | | |
| Compréhension | | | | |
| Interaction sociale (p. ex. humeur) | | | | |
| Capacité d'exécuter des tâches multiples | | | | |

À votre avis, votre patient est-il apte à gérer ses propres affaires? Non Oui

Remarques :

| | |
|--|--|
| Réadaptation / retour au travail Votre patient a-t-il exprimé des préoccupations concernant son retour au travail? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Veuillez préciser : | Date prévue de retour au travail avec des tâches intégrales (jj/mm/aaaa) : |
|--|--|

Veuillez indiquer des détails sur les plans de retour au travail pour le patient.

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Non Oui

Est-ce que l'agrément professionnel, le permis de conduire ou tout autre permis de votre patient a été restreint, suspendu ou révoqué? Non Oui

| | | |
|--|----------------------|-------------------------------------|
| Signature du médecin ou du professionnel de la santé principal : | Titre / profession : | Date de la signature (jj/mm/aaaa) : |
|--|----------------------|-------------------------------------|

SECTION D Déclaration et autorisation du médecin / spécialiste de la santé principal (en lettres moulées)

Je comprends que les renseignements contenus dans cette déclaration seront conservés dans un dossier médical chez le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité et que le patient ou des tiers à qui un accès a été accordé ou qui y sont autorisés par la loi pourront y accéder. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

Signature :

Date de la signature (jj/mm/aaaa) :

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Demande de prestations d'invalidité de courte durée



Veillez remplir le présent formulaire intégralement le plus tôt possible, afin d'accélérer le traitement de votre demande de prestations d'assurance-invalidité aux termes du Programme d'assurance-invalidité de courte durée de Postes Canada. Remplissez et retournez ce formulaire **au fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité. Les employés cadres : Le formulaire doit être reçu dans un délai de sept jours civils suivant le début de l'absence du patient afin d'éviter toute interruption de sa paie.**

Employés représentés par l'AOPC, l'AFPC, l'ACMPA, le STTP (Urbain) et le STTP (FFRS) : La paie de votre patient sera interrompue si le formulaire n'est pas reçu dans un délai de 16 jours civils suivant le début de son absence.

Le formulaire rempli doit être envoyé par courrier, par courriel ou télécopieur directement à :

Canada Vie/TELUS Santé
200 Consilium Place
Scarborough, ON M1H 3J3
Fax: 1-877-562-9126
Email: admdocuments@telussante.com

Ce formulaire de déclaration ne peut pas être soumis dans le cas d'une blessure ou d'une maladie liée au travail. Demandez plutôt à votre chef d'équipe de vous fournir le formulaire provincial pertinent de demande d'indemnisation pour accidents du travail.

SECTION A Renseignements sur l'employé (en lettres moulées)

Nom de l'employé (nom de famille, prénom usuel, initiale du deuxième prénom) :

| | |
|---|--------------------------------------|
| Numéro d'employé : | Courriel : |
| Numéro de téléphone à domicile : | Autre numéro de téléphone : |
| Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) : | |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) : | Agent négociateur (le cas échéant) : |

SECTION B Renseignements sur votre travail (en lettres moulées)

| | |
|--|--|
| Dernier jour travaillé (jj/mm/aaaa) : | Employé à temps plein <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel <input type="checkbox"/> Employé nommé pour une période déterminée de plus de six mois <input type="checkbox"/> |
| Premier jour d'absence (jj/mm/aaaa) : | Nom du chef d'équipe : |
| Date prévue de retour au travail : | Numéro de téléphone du chef d'équipe : |
| Titre de poste : | |
| Je travaille seul <input type="checkbox"/> Je travaille avec le public <input type="checkbox"/> Je supervise des employés <input type="checkbox"/> Je conduis / manipule des machines <input type="checkbox"/> | |

Décrivez vos tâches :

SECTION C Renseignements sur votre demande de prestations (en lettres moulées)

Votre invalidité est-elle le résultat : d'une maladie non liée au travail d'un accident non lié au travail?

d'un accident impliquant un véhicule motorisé?

Décrivez votre maladie ou votre blessure :

Avez-vous déjà souffert d'un état similaire ou connexe? Non Oui Dans l'affirmative, à quand remonte l'état?

Êtes-vous en mesure de retourner au travail en exécutant des tâches modifiées? Non Oui

Date et heure de l'accident (le cas échéant) :

Présentez-vous une demande d'indemnisation à une tierce partie?

Non Oui

Décrivez brièvement où et comment l'accident s'est produit :

Avez-vous été hospitalisé comme patient admis ou externe?

Non Oui

Date d'admission (jj/mm/aaaa) :

Nom de l'établissement :

Nom du service ou de l'unité :

Date du congé de l'hôpital (jj/mm/aaaa) :

SECTION D Renseignements sur les revenus ou sur les prestations (en lettres moulées)

Renseignements sur les revenus ou sur les prestations

Avez-vous présenté une demande dans le but d'obtenir un des types de prestations suivants ou recevez-vous l'un de ces types de revenus?

| | Date de début | Date de fin | Montant (indiquez s'il s'agit d'un montant hebdomadaire ou mensuel) |
|---|---------------|-------------|--|
| Prestations d'assurance-emploi* | | | |
| Prestations payables en vertu d'un type de programme d'indemnisation des accidents du travail (CAT / CSPAAT / CSST) | | | |
| Prestations payables en vertu d'une assurance automobile ou d'un autre type d'assurance | | | |
| Gains provenant d'un autre emploi (où l'emploi a débuté après le dernier jour travaillé à Postes Canada) | | | |

Remarque : Pendant que des prestations vous sont payables, il vous incombe d'aviser le fournisseur d'invalidité de tout travail effectué, que vous ayez reçu ou non un salaire ou une rémunération. Les renseignements de la section D seront fournis à Postes Canada aux fins du calcul des prestations auxquelles vous aurez droit.

Il est également votre responsabilité d'informer AccèsRH de tout gain reçu par un tiers au travers de votre réclamation de PAICD. Dès que vous avez la confirmation, envoyez une copie de la lettre du tiers ainsi que le talon de paiement:

Postes Canada - AccèsRH
Centre de transaction - PAICD
2701 prom. Riverside Suite B0310
Ottawa, ON K1A 0B1

Postes Canada récupérera l'équivalent de vos paiements de tiers à partir de vos revenus de votre salaire brut de Postes Canada au taux de 100% aux deux semaines jusqu'à ce que le montant total soit recouvré. * Pour les employés STTP Urbain et FFRS : Les recouvrements pour les prestations d'assurance-emploi seront récupérés au taux de 10% de votre salaire brut aux deux semaines jusqu'à ce que le montant total soit recouvré.

SECTION E Renseignements sur votre médecin / professionnel de la santé

Nom du médecin traitant / professionnel de la santé principal :

Spécialité (le cas échéant) :

Date du premier traitement pour l'invalidité actuelle :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Suivez-vous le programme de traitement recommandé? Non Oui

SECTION F

Si votre demande d'indemnité est approuvée pour raison de « maladie », les jours de congé pour raisons personnelles et les crédits complémentaires seront utilisés automatiquement pour couvrir le délai de carence, s'il y a lieu. Si le nombre de jours de congés pour raisons personnelles ou de crédits complémentaires est insuffisant pour couvrir le délai de carence, vous aurez l'option d'utiliser vos congés annuels (vacances) ou vos heures supplémentaires accumulées; si vous ne choisissez ni les uns ni les autres, tout le temps restant sera codé au titre de PAICD non payé ouvrant droit à pension. Veuillez préciser votre choix ci-dessous.

Congés annuels (s'il y a lieu)

Non Oui Je déciderai plus tard

Heures supplémentaires accumulées (s'il y a lieu)

Non Oui Je déciderai plus tard

Première priorité: Congés annuels Heures supplémentaires accumulées

Postes Canada est assujettie à la Loi sur la protection des renseignements personnels et s'engage à protéger les renseignements personnels concernant les employés et à gérer ces renseignements avec la plus grande responsabilité et le plus grand soin.

Vous pouvez être assuré que tous les renseignements d'ordre médical que vous donnerez à nos fournisseurs de services de gestion des cas d'invalidité demeureront strictement confidentiels et protégés contre toute utilisation, toute divulgation, toute rétention et tout traitement inappropriés et non autorisés. J'atteste que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets, à ma connaissance.

Je comprends que ma demande peut être refusée ou prendre fin si je fournis des renseignements faux, ou pouvant induire en erreur, ou si j'ometts des renseignements pertinents. J'autorise mon médecin, le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité et ses mandataires et fournisseurs de services et toute personne ou tout organisme ayant des renseignements personnels pertinents me concernant, y compris les professionnels et les organismes de la santé, à échanger des renseignements dans le but de déterminer l'admissibilité de ma demande et la décision y ayant trait. Cet échange comprend la divulgation de tous renseignements médicaux connexes, notamment, sans toutefois s'y limiter, les copies des rapports de consultation, les notes cliniques, les résultats d'examen et les dossiers hospitaliers.

J'autorise le fournisseur des services de gestion des cas d'invalidité et Postes Canada à échanger des renseignements me concernant, à l'exception des détails liés à un diagnostic, à un traitement ou à un médicament se rapportant à cette demande, dans le but de planifier et de gérer ma réadaptation et mon retour au travail, et aux fins d'administration du Programme d'assurance-invalidité de courte durée. J'accepte qu'une photocopie de la présente autorisation soit aussi valide que l'original.

Imprimer le nom de l'employé :

Signature de l'employé :

Date (jj/mm/aaaa) :

REMARQUE : Dans le cas d'un paiement en trop, Postes Canada recouvrera les montants payés en trop.