

DIRECTEUR MÉDICAL VIRTUEL

Employeur – Formulaire d'ouverture de dossier



Date _____

DIRECTEUR MÉDICAL VIRTUEL

Sans frais : 877-373-9872

Fax : 514-526-4521

Courriel : initiation@medextra.com

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

Personne ressource _____

téléphone _____

Courriel _____

NOM DE L'EMPLOYÉ(E) : _____

Âge/DDN _____

Années d'ancienneté _____

Poste _____

Poste actuel débuté en (année) _____

de téléphone _____

Courriel _____

STATUT DE TRAVAIL ACTUEL

Au travail	T. plein <input type="checkbox"/>	T. partiel <input type="checkbox"/>	Télétravail <input type="checkbox"/>	En présentiel <input type="checkbox"/>	Hybride <input type="checkbox"/>
Limitations	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez fournir la description du travail modifié		
Retour progressif au travail	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez fournir le calendrier modifié		
Motif de l'absence	Accident de travail <input type="checkbox"/>		Maladie <input type="checkbox"/>		Hospitalisation <input type="checkbox"/>
Dernier jour travaillé					
État d'invalidité	ILD <input type="checkbox"/>	ICD <input type="checkbox"/>	Assurance-emploi <input type="checkbox"/>	En attente <input type="checkbox"/>	Pas appliqué <input type="checkbox"/>

RENDEMENT AU TRAVAIL : Comment décririez-vous la dernière évaluation ?

Supérieure

Moyenne

Inférieure

Y a-t-il eu récemment un conflit de travail ? Non Oui

Si oui, veuillez en donner une brève description.

APERÇU OBJECTIF DU CAS

MANDAT : Que voulez-vous de MedExtra ? Quelles sont vos attentes ?

Veillez joindre :

- Description du poste
- Certificats médicaux (« notes de médecin »)
- Fiche de présence
- Déclarations du médecin traitant

Autorisation et consentement de l'employé(e) - MedExtra

Ce à quoi vous consentez

En apposant votre signature ci-dessous, en rapport avec vos absences actuelles ou récentes (y compris les demandes d'indemnisation pour accident du travail) ou vos besoins d'accommodement, vous consentez à ce que

- 1) Votre (vos) prestataire(s) de soins de santé à partager avec MedExtra vos dossiers médicaux, rapports, résultats d'analyses et toute autre information.
- 2) Votre (vos) prestataire(s) de soins de santé coopère(nt) avec MedExtra en temps utile pour fournir des informations supplémentaires relatives à mon absence ou à mes demandes d'accommodement.
- 3) MedExtra communique avec vos médecins traitants et d'autres professionnels de la santé impliqués dans vos soins ou votre réadaptation et reçoit des informations médicales de leur part.

Quand vous êtes invité(e) à signer ce formulaire

Ce formulaire de consentement concerne votre absence du travail en raison d'un problème de santé personnel ou d'un accident du travail :

- Vous avez été en arrêt de travail pendant plus de 10 jours.
- Vous avez eu des absences répétées de plus de 10 jours au cours de 12 dernier mois.
- Vous demandez des accommodements de votre lieu de travail.

Pourquoi vous demande-t-on de signer ce document ?

En tant que directeur médical de votre employeur, il se peut que nous ayons besoin d'informations supplémentaires sur votre état de santé pour comprendre et évaluer votre situation :

- 1) La nature de votre maladie ou de votre blessure
- 2) La date prévue de reprise du travail
- 3) La prochaine visite médicale
- 4) Votre capacité à exercer vos fonctions
- 5) Ce dont vous pourriez avoir besoin pour revenir en toute sécurité, par exemple des accommodements ou des tâches modifiées.

Protection de la confidentialité de vos dossiers médicaux

Vos informations personnelles et de santé restent confidentielles et ne sont utilisées que pour les raisons mentionnées ci-dessus.

MedExtra ne transmettra aucune de vos informations médicales à votre employeur ou à toute autre partie gérant le maintien du salaire, l'assurance invalidité à court ou à long terme ou les compléments d'assurance-emploi sans votre autorisation écrite expresse et distincte.

Confidentialité des informations et des communications

Toutes les informations échangées entre MedExtra et vos fournisseurs de soins de santé sont strictement confidentiels et ne seront utilisées qu'aux fins décrites dans le présent formulaire de consentement.

Afin d'éviter toute utilisation inappropriée, toute mauvaise utilisation, toute interprétation erronée des informations ou toute interprétation erronée de la nature de la confidentialité des informations, aucune discussion verbale, correspondance écrite, message électronique, formulaire et/ou questionnaire, rapport, évaluation ou tout autre document initié, demandé ou échangé par MedExtra et l'un de vos prestataires de soins de santé ne doit être divulgué à un tiers sans votre autorisation écrite expresse et celle de MedExtra.

Un tiers comprends des employeurs, des gestionnaires d'invalidité, des fournisseurs d'assurance salaire à court ou à long terme ou de maintien du salaire, des suppléments d'assurance emploi, des administrateurs tiers ou des fournisseurs de toute prestation d'assurance collective complémentaire.

Autres précisions

De temps à autre, je comprends qu'il sera demandé à mon médecin de faire de son mieux pour coopérer avec MedExtra et de fournir, en temps utile, les dossiers médicaux demandés et les formulaires ou questionnaires MedExtra dûment remplis.

Les informations fournies dans ces questionnaire rempli seront utilisées uniquement par MedExtra, afin de comprendre l'évolution de mon état, les obstacles à la reprise du travail et le pronostic de reprise du travail. Je demande respectueusement à mon médecin de coopérer pleinement et dans les meilleurs délais avec MedExtra.

Une photocopie, une télécopie ou une version numérique de ce formulaire est tout aussi valable que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en écrivant à MedExtra.

Je comprends et j'accepte ce qui précède.

Signature de l'employé(e) :

Nom imprimé :

Date (AAAA/MM/JJ) :

Signature du représentant de MedExtra

Nom imprimé :

Date (AAAA/MM/JJ) :

Nom: _____
Date de Naissance: _____
RAMQ : _____
Adresse: _____

Nom de la clinique et du médecin où se trouvent mes dossiers médicaux, psychologie, physiothérapie et de tout autre professionnel de santé:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____