

TOUS ENSEMBLE - Directeur médical virtuel

EMPLOYEUR – FORMULAIRE D’OUVERTURE DE DOSSIER

POUR INSCRIRE VOTRE ENTREPRISE OU POUR UTILISER TOUS ENSEMBLE, REMPLISSEZ CETTE SECTION

NOM DE L’ENTREPRISE: _____ PERSONNE-RESSOURCE: _____

ADRESSE: _____ Téléphone : _____

d’employés: _____ Courriel : _____

POUR UTILISER TOUS ENSEMBLE, REMPLISSEZ CETTE SECTION – INFO SUR L’EMPLOYÉ(E)

Nom: _____ DDN/Âge : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Département : _____ Occupation/Poste : _____

Années d’ancienneté : _____ Poste actuel débuté en (année) : _____

STATUT DE TRAVAIL ACTUEL:

Au travail : Temps plein Temps partiel Limitations (non) (oui) _____

PROBLÈME ACTUEL: Accident Maladie Hospitalisation

Dernier jour au travail : _____ (jour/mois/année)

Congé de maladie Congé payé Assurance-emploi

ÉTAT D’INVALIDITÉ: ILD ICD

En attente Approuvé Télétravail Congé non payé Pas appliqué

ÉVALUATION/RENDEMENT AU TRAVAIL : Dernière année : absences Non Oui (veuillez joindre)

Performance Supérieure Moyenne Inférieure Stable Détérioration Amélioration

COMMENTAIRES : _____

Instructions

1. Pour inscrire votre entreprise, il suffit de remplir la première section de ce formulaire.
2. Fates parvenir toutes les notes/formulaires/rapports d’absentéisme au : fax 514-526-4521, courriel advocate@medextra.com.
3. La révision de ces documents n’entraîne aucun frais et ne nécessite pas l’autorisation de l’employé.
4. L’équipe de Tous Ensemble vérifiera la note et vous fournira un de ces plans d’action :
 - a. Aucune autre mesure requise – Fermer le dossier
 - b. Aucune mesure immédiate requise – Envoyer la prochaine note d’absence
 - c. Mesure immédiate requise – Un membre de l’équipe vous contactera avec un plan d’action
5. Avec votre approbation, l’employé est obligé de signer le formulaire pour fournir des renseignements autorisant MedExtra à obtenir leurs dossiers médicaux.
6. Chaque rendez-vous médical organisé par notre équipe sera revu et discuté avec vous, de même que le plan d’action mis à jour, dans les limites de la confidentialité.

TOUS ENSEMBLE - Directeur médical virtuel

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ(E)

Mes dossiers médicaux sont situés :

Employé(e) :

Date de naissance :

Adresse :

AUTORISATION DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je, soussigné (e), par la présente autorise et vous demande de fournir à MedExtra tous les renseignements, informations, documents, opinions, rapports et données qu'ils peuvent vous demander au besoin, y compris, mais sans s'y limiter, des copies de mes dossiers, fiches médicales, rapports et résultats d'analyse, ou tout autre document, ainsi que de tout autre élément, y compris, mais sans s'y limiter, les diapositives, films ou blocs, qui me concerne. Je vous demande donc respectueusement de coopérer avec MedExtra afin de leur faciliter l'accès aux informations me concernant.

Signé à (ville, province) : _____ Le (date) _____

Par (nom en lettres moulées) : _____

Signature: _____

Faites parvenir l'autorisation signée par fax 514-526-4521 ou par courriel advocate@medextra.com

