



Trousse de demande du régime d'assurance salaire

Comment présenter une demande au titre de l'assurance salaire	<p>La demande de prestations au titre du régime d'assurance salaire, y compris la Déclaration du demandeur et le Questionnaire pour les professionnels de la santé, doit être remplie dès que vous savez que vous vous absentez du travail pendant plus de sept jours, soit le délai de carence après lequel votre demande sera étudiée.</p> <p>Vous pouvez soumettre votre demande de règlement à Manion en envoyant vos documents par l'un des moyens suivants :</p> <p>Par la poste : Manion 500 – 21 Four Seasons Place, Toronto (Ontario) M9B 0A5</p> <p>Par télécopieur : 416 234-0127 / 855 665-7764</p> <p>Par courriel : acclaims@manionwilkins.com.</p> <p>Votre demande sera traitée dans les 7 à 10 jours ouvrables suivant la réception de tous les éléments (Déclaration du demandeur, Questionnaire pour les professionnels de la santé et Déclaration de l'employeur) et son enregistrement.</p>
Questionnaire pour les professionnels de la santé	<p>Vous devez consulter un professionnel de la santé dans les 14 jours suivant votre premier jour d'absence du travail pour être admissible aux prestations à compter du 8^e jour de votre invalidité.</p> <p>Votre professionnel de la santé est tenu de remplir un seul des formulaires applicables, soit pour un problème de santé physique ou un problème de santé mentale, dans la Trousse de demande du régime d'assurance salaire, à moins que vous ayez les deux problèmes.</p> <p>Les professionnels de la santé desquels vous pouvez obtenir un traitement qui suivent peuvent signer le Questionnaire pour les professionnels de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none">• Médecin (tout médecin traditionnel, médecin de famille ou spécialiste)• Infirmière praticienne <p>Notez que les professionnels de la santé suivants : Les dentistes, les sages-femmes et les chiropraticiens qui servent de premier point de contact pour le traitement médical peuvent signer le Questionnaire du professionnel de la santé pour les incapacités d'une durée de 14 jours ou moins. Vous devez recevoir les soins d'un médecin après 14 jours pour que la protection soit maintenue.</p> <p>Demandez à votre professionnel de la santé d'indiquer clairement le diagnostic, les complications (le cas échéant), le traitement, les médicaments et toutes les dates de visite.</p> <p>Si vous utilisez l'application Maple d'Air Canada pour une absence de 14 jours ou moins, le Questionnaire pour les professionnels de la santé n'est pas requis. Veuillez obtenir et soumettre une copie des notes médicales et des commentaires cliniques, que vous pouvez télécharger à partir de l'application Maple, et soumettre le tout avec vos autres formulaires de demande de règlement.</p>
Déclaration de l'employeur	Air Canada enverra la Déclaration de l'employeur directement à Manion après l'expiration de la période d'attente.
Versement des prestations	Vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire. Veuillez donc soumettre votre demande de dépôt direct accompagnée d'un chèque annulé (ou d'un relevé des renseignements bancaires) lorsque vous présentez votre demande.

Votre demande dûment remplie doit être reçue dans les 30 jours suivant votre premier jour d'absence du travail.

Pour des raisons de confidentialité, veuillez envoyer votre demande DIRECTEMENT à Manion.

Accidents, maladies ou blessures liés au travail (Commission des accidents du travail/CNESST)

Si votre invalidité découle de votre emploi ou est survenue dans le cadre de votre emploi, vous vous êtes OBLIGÉ de suivre le processus d'accident du travail et de présenter une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CNESST au Québec). Toutefois, vous devez également demander des prestations au titre du régime d'assurance salaire. Toutes les demandes de remboursement au titre du régime d'assurance salaire doivent être soumises dans les 30 jours suivant votre premier jour d'absence du travail. Le défaut de présenter une demande au titre du régime d'assurance salaire mettra en péril votre droit à ces prestations dans l'éventualité où votre demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CNESST au Québec) serait refusée ou résiliée. Si vous présentez une demande à ce titre, veuillez communiquer avec votre bureau local pour obtenir de plus amples renseignements.

Remarque : La Déclaration du médecin traitant de votre demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail (CNESST au Québec) peut être utilisée à la place du Questionnaire pour les professionnels de la santé inclus dans votre trousse de demande du régime d'assurance salaire.

VEUILLEZ ÉGALEMENT PRENDRE NOTE DE CE QUI SUIT :

- Pendant que vous recevrez des prestations au titre du régime d'assurance salaire, des formulaires médicaux supplémentaires vous seront transmis périodiquement. Dès réception, faites-les remplir et retournez-les à **Manion**, dans le délai de 30 jours chronologie afin que les paiements ne soient pas retardés. Il vous incombe de fournir une preuve d'invalidité.
- Pour voyager à l'étranger, vous devez obtenir une autorisation médicale écrite de votre médecin et l'approbation de **Manion**. Vous devez informer **Manion** avant de voyager pendant que vous recevez des prestations au titre du régime d'assurance salaire. Si vous ne respectez pas cette stipulation, le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de votre retour de voyage.
- Si vous présentez votre demande en retard (après 30 jours), veuillez fournir une explication écrite concernant le retard. Il est possible que vous n'ayez pas le droit de recevoir des prestations pour une période antérieure à la date à laquelle **Manion** reçoit tous les documents requis, à moins que vous ne puissiez **fournir par écrit une raison acceptable** expliquant votre non-respect de la date limite.
- Dans tous les cas et dans toutes les circonstances, pour qu'une demande au titre du régime d'assurance salaire soit approuvée, tous les documents requis doivent être soumis à Manion au plus tard 12 mois après la fin de la période d'attente.
- Lorsque vous retournerez au travail ou mettre fin à votre emploi, informez **Manion** immédiatement, afin que votre demande au titre du régime d'assurance salaire puisse être finalisée.

Avant de soumettre votre demande, veuillez l'examiner pour vous assurer que tous les documents sont remplis, signés et datés.

Si vous avez des questions concernant votre demande de règlement, veuillez communiquer avec Manion.

Par  : 1 800 663-7849 ou 416 234-3513

Par  : acclaims@manionwilkins.com



Avis important

Le 1er janvier 2023, La Capitale assureur de l'administration publique inc. (La Capitale) et **SSQ, Société d'assurance-vie inc. (SSQ Assurance)** se sont regroupées pour former Beneva inc. (Beneva).

Si vous déteniez un contrat avec La Capitale ou **SSQ Assurance** avant cette date, Beneva est maintenant votre assureur et vous n'avez aucune démarche à effectuer. Notre documentation sera mise à jour progressivement au nom et aux couleurs de Beneva, il est donc possible que des documents liés avec votre contrat demeurent pour un certain temps au nom et aux couleurs de La Capitale ou de **SSQ Assurance**, selon la situation applicable.

Si vous êtes un nouveau client, tous les documents constatant ou liés à votre contrat (incluant, sans limitation, tout formulaire de consentement ou accord de débits préautorisés) doivent être lus en remplaçant le nom de La Capitale ou de **SSQ Assurance**, selon le cas, par celui de Beneva.

Veuillez prendre note que cet avis constitue un avenant modifiant le texte de tout document mentionné précédemment. Cet avenant ne comporte aucune réduction des engagements de l'assureur.

Cet avenant fait partie de votre contrat. S.V.P. le conserver dans vos dossiers.

beneva

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____

3 N° de contrat : 29 880 n° de groupe | n° d'employé 4 Numéro d'assurance sociale : _____

5 Adresse complète : _____ Code postal : _____

6 Téléphone primaire : (_____) _____ - Courriel électronique : _____

7 Sexe à la naissance : F M ND (non déclaré) 8 Date de naissance : _____

9 Depuis votre arrêt de travail, avez-vous exercé une autre occupation? non oui → Date de début : _____
Si oui, précisez la nature des activités : _____

10 L'invalidité est-elle attribuable à un accident? non oui → Décrire les circonstances, la date et le lieu. _____

11 Si la demande est pour 14 jours ou moins (seulement) :
Date de la première consultation chez le médecin : _____ Dernier jour travaillé : _____ Date de retour au travail : _____

12 Avez-vous déjà subi une expertise médicale relativement à votre invalidité? non oui

13 Avez-vous présenté une demande afin de bénéficier d'un programme ou d'un régime mentionné ci-dessous?

PROGRAMME	NON	SI OUI			SI REFUSÉE	
		À l'étude	Acceptée	Refusée	Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
					oui	non
Assurance emploi (DRHC) Si acceptée, date de début des prestations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'indemnisation des travailleurs selon votre province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) (veuillez joindre le rapport de police)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME						
Régime de rentes du Québec (RRQ) ou Régime de pensions du Canada (RPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission administrative de régimes de retraite et d'assurances (CARRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité du Revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres polices d'assurance collective :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE : VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE TOUTE DOCUMENTATION REÇUE DE CES ORGANISMES, INCLUANT L'AVIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.

J'autorise par la présente tout médecin, tout autre professionnel de la santé et toute partie participante dans les secteurs des soins de santé et de la réhabilitation, ainsi que tout établissement de santé ou services sociaux public ou privé, toute société d'assurance, ainsi que tout assureur, tout établissement public ou privé, tout agent d'information, tout intermédiaire du marché, tout employeur ou ex-employeur, le titulaire de police ainsi que toute autre personne qui possède des dossiers ou des renseignements personnels, en particulier des renseignements médicaux, à fournir à SSQ Société d'assurance-vie inc. (ci-après appelée SSQ) ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs tiers, tous les renseignements qu'il ou elle possède, aux fins suivantes : enquêter et confirmer l'exactitude de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations, administrer ma demande de règlement, évaluer et faciliter ma capacité de retourner au travail, et administrer le régime d'avantages sociaux collectifs et la couverture.

J'autorise aussi SSQ à divulguer ces renseignements aux personnes indiquées ci-dessus, le cas échéant, dans le cadre de leurs activités et le traitement de mon dossier.

J'autorise aussi SSQ et les consultants médicaux de mon détenteur de police collective à recueillir, à utiliser et à divulguer entre eux les renseignements me concernant, y compris les détails liés au diagnostic, au traitement ou à la médication, qui sont pertinents à ma demande de règlement, dans le but de planifier et de gérer ma réhabilitation et mon retour au travail.

En cas de décès, j'autorise officiellement le titulaire de police, l'employeur, le bénéficiaire, les successeurs ou les ayants droit, à fournir à SSQ ou à ses filiales, sociétés affiliées, administrateurs et réassureurs, le cas échéant, toutes les informations ou autorisations qui rendent possible le traitement de mon dossier.

Cette autorisation est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

Par la personne assurée

- Déclaration de la personne assurée (1 à 15)
- Section supérieure du questionnaire du médecin traitant

Par l'employeur

- Déclaration de l'employeur

Par le médecin traitant

- Questionnaire du médecin traitant

14 _____
Signature

15 _____
Date

Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Homme Femme Nom de la personne assurée: _____

 Nom Prénom

Téléphone (+ code rég) _____ Date de naissance _____

 A A A A M M J J Courrier électronique _____

Adresse _____
 Rue Ville Province Code postal

Nom de l'employeur _____ # du contrat _____ # de l'employé(e) _____
 29880

Dernier jour de travail _____ Date réelle ou prévue du retour au travail _____

 A A A A M M J J A A A A M M J J

Veillez fournir votre Taille: _____ Poids: _____

J'autorise par la présente la communication à SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire.

Signature de l'adhérent/employé(e) _____ Date de consentement _____

Questions À REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT



- Si votre patient est retourné au travail ou devrait retourner au travail dans les 4 semaines suivant la dernière date de travail, remplissez uniquement les sections 1 à 4 et signez la fin du formulaire.
- Pour les absences planifiées de plus de 4 semaines, veuillez compléter les sections 1 à 5 du questionnaire du médecin traitant - caractère physique; et compléter la portion caractère psychologique si nécessaire.

1) Diagnostic

Diagnostic primaire: _____

Secondaire ou complications: _____

Si l'interruption de travail résulte de problèmes liés aux causes suivantes, veuillez également remplir le questionnaire sur les problèmes de santé mentale ou psychologique :

- vie conjugale/familiale problèmes personnels ou interpersonnels problèmes professionnels abus d'alcool ou de drogues et/ou problèmes de jeu

Si accouchement - Date d'accouchement prévue ou réelle _____ Vaginale césarienne

Maladie/accident professionnel ? oui non

accident automobile? oui non

Si oui, date de l'événement _____

si oui, date de l'événement _____

Date de la première visite concernant cette condition :

Première date d'absence du travail en raison de la condition :

2) Hospitalisation

Le patient est-il/était-il hospitalisé ? ou avez-vous subi une chirurgie ambulatoire ?

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

Si une intervention chirurgicale a été pratiquée, veuillez fournir la date et la description de l'intervention :

Date

Description

3) Traitement (médicament, dosage, physiothérapie, autre) :

4) Pronostic (veuillez fournir le pronostic de guérison) :

Le patient a-t-il été traité pour cette même affection ou une affection similaire dans le passé ? oui non

si oui, date: Fournisseur de soins: _____

Veuillez décrire les symptômes du patient, y compris l'historique et la fréquence : _____

Degré de gravité de tous les symptômes : léger modéré sévère

Fréquence des visites : hebdomadaire Mensuel Autres _____

Durée approximative de l'invalidité : Nbr de jours _____ Nbr de semaine _____

non précisé; ou date de retour au travail
 temps plein
 retour progressif

précisez: _____

Dernière date travaillée	Date de retour au travail ou date prévue de retour au travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Poursuite du questionnaire du médecin traitant pour les absences de plus de 4 semaines

Veuillez joindre des copies de tous les documents pertinents :

- test results/investigations (If test results are not attached, we will interpret this as tests were not performed)
- consultation reports

Si le rapport de consultation n'est pas joint, veuillez indiquer si votre patient a été ou sera vu par un spécialiste pour cette pathologie.

Nom du Spécialiste _____ spécialité _____ Date de la visite

Sur la base de vos constatations et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations cognitives et/ou physiques actuelles du patient :

Veuillez énumérer toutes les complications et conditions supplémentaires ayant un impact sur le niveau de fonctionnement de votre patient ou sur la période de récupération prévue :

Avez-vous récemment rempli d'autres formulaires de demande d'invalidité pour ce patient ? oui non

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé ? oui non

Le patient convient-il au programme de traitement recommandé ? oui non

Avis au médecin

Les renseignements contenus dans cette déclaration seront conservés dans un dossier d'assurance-vie, d'assurance-maladie ou d'assurance-invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime et pourront être accessibles au patient ou aux tiers à qui l'accès a été accordé ou à ceux autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant _____ **Date de signature :**
(lettres imprimées)

Spécialité du médecin : _____ Numéro de permis: _____

Adresse : _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (+code rgn): Téléc (+code rgn):

Signature: _____

Le patient est responsable de tous les frais liés au remplissage de ce formulaire.

Partie A – Renseignements sur la personne assurée et consentement

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Homme Nom de la personne assurée: _____
 Femme

Nom de famille _____ Prénom _____

Téléphone (avec indicatif régional) _____ Date de naissance _____ Adresse courriel _____
 | A | A | A | A | M | M | J | J |

Adresse _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur _____ Numéro du contrat **29880** Numéro du certificat ou de l'employé _____

Dernier jour de travail _____ **Date réelle du retour au travail, ou date prévue au travail du retour si elle est connue** _____ **Indiquez vos :**
 | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | Taille : _____ Poids : _____

J'autorise par la présente la communication à SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou à ses mandataires des renseignements médicaux et sur ma santé figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations pourrait ne pas être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir le présent formulaire

Signature du participant/salarié _____

Date du consentement _____
 | A | A | A | A | M | M | J | J |

Partie B – Questionnaire du médecin traitant

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je suis : le médecin traitant un spécialiste-conseil autre (préciser) : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AU MIEUX DE VOS CONNAISSANCES.

1) Diagnostic

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

Le trouble est-il lié : à une maladie professionnelle ou à un accident du travail? à un accident de la route?

Dans l'affirmative, indiquez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Précisions : _____

Date de votre première consultation avec le patient relativement à ce trouble

Date du premier jour d'absence du travail en raison de ce trouble

| A | A | A | A | M | M | J | J |

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il déjà été traité pour le même trouble ou pour un trouble semblable? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez la date : | A | A | A | A | M | M | J | J | Indiquez par qui : _____

Avez-vous rempli récemment d'autres formulaires de demande de prestations d'invalidité relativement à ce patient? Oui Non

Dans l'affirmative, qui en a fait la demande? (autre assureur, RPC, RRQ, commission des accidents du travail, etc.) _____

2) Symptômes, tels que décrits par le patient

Veillez décrire les symptômes actuels du patient (fréquence, gravité) : _____

3) Résultats cliniques et observations

Veillez décrire l'effet du trouble sur les points suivants :

	Sans effet	Léger	Modéré	Important
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énergie/Vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration/Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affect/Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations à l'appui de ce qui précède : _____

4) Facteurs qui compliquent la situation

Veillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difficultés au travail | <input type="checkbox"/> Difficultés sociales/familiales | <input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre financier/juridique | |
| <input type="checkbox"/> Affection physique | <input type="checkbox"/> Alcoolisme/Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Effets secondaires d'un ou de médicaments | |
| <input type="checkbox"/> Perception de la douleur | <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation | <input type="checkbox"/> Personnalité/Manque de motivation | <input type="checkbox"/> Autres |

Veillez préciser :

Veillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

5) Examens

Veillez joindre au présent questionnaire une copie de tous les documents pertinents :

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Le patient est-il en attente de tests/d'examens/de consultations? Oui Non Date prévue du rapport | A | A | A | A | M | M | J | J |

Le patient a-t-il rendez-vous dans un avenir rapproché avec un ou plusieurs spécialistes? Oui Non

Nom du spécialiste	Spécialité	Date du rendez-vous
1. _____	_____	A A A A M M J J
2. _____	_____	A A A A M M J J

Motif de la demande de consultation : _____

Le patient a-t-il vu l'un de ses permis frappé de restrictions ou révoqué par suite de ce trouble? Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, quand? | A | A | A | A | M | M | J | J | Type de permis : _____

6) Médicaments (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace)

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise	Posologie et date dans le dernier cas	Réponse
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	

7) Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Une hospitalisation est-elle prévue? Oui Non

Date d'admission

Date de sortie

Nom de l'établissement

1. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

2. | A | A | A | A | M | M | J | J | | A | A | A | A | M | M | J | J | _____

8) Précisions sur le traitement – Thérapie psychologique (cognitivo-comportementale, pour toxicomanie/alcoolisme, de groupe, familiale, conjugale, en hôpital de jour, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	

9) Précisions sur le traitement – Traitement simultané pour troubles physiologiques connus (physiothérapie, chiropratique, autre technique de réadaptation, etc.)

Type de traitement	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement	Fréquence des séances	Date de la dernière séance	Réponse
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	
		A A A A M M J J	Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	A A A A M M J J	

10) Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle
 Aucune réponse Trop tôt pour se prononcer

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Veuillez préciser : _____

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

11) Pronostic et rétablissement

Quels sont les objectifs de retour au travail dont vous avez discuté avec le patient? Veuillez préciser : _____

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient : _____

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic.

Avis au médecin

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assureur ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant _____ Date de signature: A | A | A | A | M | M | J | J
 (en caractères d'imprimerie)

Spécialité du médecin _____

Adresse : _____
 Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (avec indicatif régional) : _____ Télécopieur (avec indicatif régional) : _____

Signature ou tampon : _____

Les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à la charge du patient.

Identification du membre du régime

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Numéro d'employé
<input type="text"/>	Air Canada Component of CUPE WIP, Policy 29880	
Numéro de téléphone	Nom du régime ou numéro de groupe	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville, municipalité ou village	Province
		Code Postal

Courriel: Remplissez pour recevoir notification par courriel des paiements émis.

Adresse courriel

Renseignements bancaires

Si c'est un COMPTE-CHEQUES, veuillez annexer un chèque annulé à ce formulaire.

Si ce n'est pas un COMPTE-CHEQUES, veuillez demander à votre institution bancaire d'annexer un document indiquant vos renseignements bancaires.

EXAMPLE

John Doe
123 Avenue Road
Any City, Any Province
Z9Z 1Z1

Pay to the order of void \$ 20 /100 Dollars

Memo _____

⑆12121 ⑉020⑆ 001234567890⑈

Attestation

Manion Wilkins tient à préserver la confidentialité des renseignements concernant les membres de régime, et s'engage à maintenir les normes les plus strictes pour ce qui concerne la confidentialité des renseignements. Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre politique sur la vie privée au <http://www.manionwilkins.com>.

Manion Wilkins ne peut être tenue responsable des courriels interceptés ou modifiés en cas de risques inhérents à l'envoi de courriels, et qui ne sont pas imputables à des erreurs du personnel de Manion Wilkins.

J'autorise Manion Wilkins à créditer le compte bancaire susmentionné. Je reconnais être responsable de la tenue à jour de mes coordonnées et de mes renseignements bancaires. En cas de modifications dans ces renseignements, j'en avertirai Manion Wilkins afin d'éviter les erreurs relatives au paiement préautorisé et aux avis.

Signature du participant au régime

Date

Questions? Appelez: 416-234-3513 ou 1-800-663-7849; courriel : acclaims@manionwilkins.com

DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS INSTRUCTIONS

Afin de protéger votre vie privée, nous ne pouvons communiquer vos renseignements personnels utilisés dans l'administration de vos prestations ou en discuter avec d'autres personnes que vous – pas même votre conjoint – sans demande et autorisation précises de votre part. Le formulaire de divulgation des renseignements personnels vous permet d'autoriser l'administrateur du régime à communiquer vos renseignements personnels entourant les prestations administrées en votre nom ou à en discuter avec certains tiers (définis ci-dessous).

Les tiers comprennent :

- Votre conjoint ou un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs ou enfants adultes).
- Votre représentante syndicale du régime d'assurance-salaire.

Si vous désirez que l'administrateur du régime communique vos renseignements personnels ou en discute avec un tiers (selon la définition ci-dessus), veuillez remplir le formulaire, le signer et le renvoyer à l'administrateur du régime.

Si vous désirez qu'une personne qui n'est pas identifiée comme un tiers obtienne des renseignements en votre nom, ou que vous ne désirez pas que vos renseignements soient communiqués à un tiers en particulier, veuillez nous en faire part par écrit.

Cette autorisation entre en vigueur à la date où l'administrateur reçoit l'information et le demeure jusqu'à ce que vous désiriez modifier votre désignation. Vous pouvez modifier votre désignation n'importe quand en avisant l'administrateur du régime par écrit.

Si vous avez des questions ou désirez obtenir des renseignements précis, appelez directement l'administrateur du régime au (416) 798-3399 x 258 ou sans frais au 1 877-411-3552 x 258

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

AUTORISATION ET DIRECTIVE

DEST. : Manion, Wilkins & Associates Ltd. («MWA»)
500 – 21 Four Seasons Place
Toronto, ON
M9B 0A5

Je, _____ (en lettres moulées), identifié par mon numéro matricule : _____, ma date de naissance : ___/___/___ (JJ/MM/AA) et mon adresse à domicile : _____ (adresse civique), _____ (ville), _____ (code postal), suis un participant du Régime d'assurance-salaire de la Composante d'Air Canada du SCFP.

Aux fins de ce formulaire, les tiers comprennent exclusivement :

- L'administrateur du plan de WIP, Patricia Eberley.
- Votre conjoint ou un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs ou enfant adultes).

Si vous souhaitez autoriser une telle personne, veuillez imprimer clairement son nom et sa relation avec vous dans l'espace ci-dessous.

Nom : _____ Relation : _____

A ma demande, j'autorise MWA de donner une copie de mon dossier concernant ma demande de prestations du ___/___/___ à la tierce partie.

Je conviens d'aviser MWA par écrit si je désire permettre et ordonner à MWA de communiquer seulement des renseignements précis à des personnes précises.

Les renseignements seront communiqués conformément aux lois en vigueur et aux documents du régime.

LA PRÉSENTE VOUS AUTORISE À AGIR AINSI.

Par ma signature ci-dessous, je dégage les fiduciaires, les caisses en fiducie et Manion, Wilkins & Associates Ltd. de toute responsabilité pouvant découler de la communication des renseignements personnels.

Je comprends que la présente autorisation de divulguer des renseignements reste en vigueur jusqu'à ce que j'informe Manion, Wilkins & Associates Ltd. du contraire par écrit ou en personne. Il m'incombe de veiller à ce que cette autorisation soit à jour et reflète mes volontés.

Signé à _____ le _____ 20____

Signature du participant