



Guide à l'intention des employés pour la soumission des demandes de prestations d'invalidité de longue durée

Services des avantages sociaux des employés
Finances et Conseil du Trésor
<http://www.gnb.ca/pensions>

Décembre 2020

Objectif

Le présent document vous guidera tout au long du processus de demande des prestations d'invalidité de longue durée (ILD). Il vous fournira des renseignements importants qui réduiront les retards de paiement dus aux erreurs ou aux omissions fréquentes.

Nota – Le présent guide ne vise pas à remplacer la brochure sur les prestations, mais à la compléter. C'est pourquoi vous ne trouverez pas de renseignements au sujet des dispositions de votre régime particulier ni des montants des prestations auxquelles vous pourriez avoir droit. Pour une description plus détaillée de la protection d'invalidité, veuillez consulter la [brochure sur la protection ILD](#) ou le [site Web de l'administrateur du régime](#).

Aperçu

La protection ILD constitue un élément clé de votre ensemble d'avantages sociaux. Elle vise à vous fournir des prestations d'un montant équivalant à un certain pourcentage de votre revenu durant les périodes d'absence prolongée du travail due à une invalidité. Toutes les demandes de prestations sont administrées par l'administrateur des demandes de prestations.

La formule de calcul des prestations est basée sur votre salaire mensuel brut, comme suit : 60 % des premiers 2 500 \$ + 50 % des 2 250 \$ suivants + 40 % du reste.

Critères initiaux

Pour être admissible à recevoir des prestations, vous devez répondre aux critères qui suivent.

- Votre invalidité doit être documentée par des preuves médicales et vous devez être actuellement suivi par un médecin.
- La durée de votre maladie ou de votre blessure doit couvrir le délai de carence de quatre mois.
- Vous devez être entièrement dans l'incapacité de réaliser les tâches normales de **votre profession** (et non de votre emploi) durant les 24 mois suivant le délai de carence, et être par la suite dans l'incapacité d'exécuter les tâches de **n'importe quelle profession** pour continuer à recevoir des prestations.

Quand effectuer la demande

Si vous prévoyez être absent du travail durant au moins quatre mois, nous vous recommandons fortement de soumettre une demande de prestations ILD **dans un délai de huit à dix semaines suivant le début de votre congé d'invalidité**, même si vous demeurez en congé de maladie payé. La soumission d'une demande de prestations dans le délai recommandé permettra d'éviter l'interruption du soutien financier si votre demande de prestations est acceptée.



Votre demande de prestations d'ILD doit être soumise dans les dix mois suivant la date de votre invalidité, laquelle correspond généralement au lendemain de votre dernier jour de travail. Le régime n'est pas tenu de verser des prestations ILD si une demande de prestations n'est pas reçue dans le délai requis.

Congés de maladie

Discutez avec votre gestionnaire des congés de maladie payés que vous avez accumulés. Si vous disposez d'au moins quatre mois de congés de maladie payés pour couvrir le délai de carence, des primes continueront d'être retenues directement sur votre paie.



Si vous avez été jugé admissible aux prestations ILD et que vous disposez de plus de quatre mois de crédits de congés de maladie payés, vous pouvez continuer d'utiliser vos congés de maladie payés OU vous pouvez choisir de toucher des prestations ILD – à votre discrétion.

Si vous n'avez pas accumulé suffisamment de congés de maladie payés pour couvrir le délai de carence de quatre mois et qu'un congé autorisé sans solde vous a été accordé, vous devez remplir le formulaire [Maintenance de la protection des avantages sociaux des employés – Congé non payé / mise en disponibilité](#). Veuillez communiquer avec votre employeur pour de plus amples renseignements.

Assurance-emploi

Si vous n'avez pas droit à des congés de maladie payés ou si vous avez utilisé tous vos crédits de congés de maladie payés avant le début des prestations ILD, envisagez de présenter une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi. Pour présenter une telle demande ou pour obtenir de plus amples renseignements sur les prestations de maladie de l'assurance-emploi, consultez le site [Web de Service Canada](#)

ou appelez Service Canada au 1-800-206-7218 (sans frais) ou au 1-800-529-3748 (ATS).

Guide pour la soumission des demandes de prestations à l'intention des employés

Exonération de primes

L'exonération des primes ILD permet la poursuite de la protection (sous réserve de maximums) gratuitement durant votre période d'invalidité de longue durée approuvée. Vous y serez admissible si votre demande est approuvée par l'administrateur des demandes de prestations et que les primes ont été payées durant le délai de carence. Lorsque votre demande de prestations aura été approuvée, vous recevrez de l'administrateur du régime une lettre fournissant les renseignements suivants :

- les prestations approuvées pour l'exonération des primes;
- la date d'entrée en vigueur des prestations approuvées pour l'exonération des primes;
- la période maximale d'exonération des primes.

Comment présenter une demande

Pour présenter votre demande de prestations ILD, vous devez remplir et soumettre les formulaires suivants :

- [la Déclaration de l'employé \(formulaire 25-1739\)](#) – à soumettre à l'administrateur du régime;
- [la Déclaration du médecin traitant \(formulaire 25-1738\)](#) – à soumettre à l'administrateur des demandes de prestations. À moins d'interdiction de la loi, vous devez assumer tous les frais facturés par votre médecin pour remplir les formulaires ou pour fournir des rapports médicaux.



Pour garantir la confidentialité des renseignements médicaux à votre sujet, soumettez vos formulaires remplis aux administrateurs indiqués ci-dessus plutôt qu'à votre employeur.

Votre employeur remplira la déclaration de l'employeur et l'enverra directement à l'administrateur du régime en même temps que votre description de travail.

Pour vous aider à remplir les formulaires, nous avons inclus des modèles dans les pages suivantes et mis en évidence les parties qui sont le plus souvent à l'origine de retards dans l'évaluation des demandes de prestations. La meilleure chose à faire pour éviter les retards est de vérifier que toutes les sections sont remplies en entier.

RPC/RRQ

Si votre période totale d'invalidité se prolonge au-delà d'une année, vous devrez soumettre une demande de prestations d'invalidité au Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ). Vous devrez alors

- fournir à l'administrateur des demandes de prestations une preuve qu'une demande de prestations a été soumise;

Guide pour la soumission des demandes de prestations à l'intention des employés

- fournir la décision du RPC/RRQ, même si votre demande de prestations pour RPC/RRQ est rejetée.

Déductions directes

Le montant de vos prestations ILD sera réduit si vous bénéficiez des sources de revenus suivantes :

- prestations d'invalidité ou de retraite du RPC/RRQ;
- gains d'un congé payé par l'employeur (congé de maladie, vacances);
- régimes d'assurance invalidité d'un autre groupe, d'une association ou à adhésion facultative spéciale;
- autres régimes de prestations d'invalidité gouvernementaux, à l'exclusion de l'assurance-emploi;
- gains ou paiements de l'employeur, à l'exclusion des paiements forfaitaires que peut effectuer l'employeur au moment du départ;
- prestations réduites de retraite ou de pension anticipée versées par l'employeur;
- indemnités de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance automobile;
- gains recouvrés au moyen d'une action en justice au titre de la responsabilité civile.

Coordonnées

Administrateur des demandes de prestations – Croix Bleue Medavie (CBM) 1-877-347-5055

Responsable de l'administration des demandes de prestations, notamment : l'évaluation des demandes de prestations, paiements de prestations et le retour progressif au travail.

<u>Adresse postale</u> :	<u>Adresse municipale</u>
C.P. 220	Centre Croix Bleue, 644, rue Main
Moncton (N.-B.)	Moncton (N.-B.) E1C 8L3
E1C 8L3	

Administrateur du régime – Vestcor 1-800-561-4012

Site Web : www.vestcor.org

Responsable de l'administration du régime, notamment : admissibilité aux prestations, paiements de primes, exonération des primes, renseignements au sujet des prestations, retraites et formulaires.

<u>Adresse postale</u>	<u>Adresse municipale</u>
C.P. 6000	Bureau 400
Fredericton (N.-B.)	140, rue Carleton
E3B 5H1	Fredericton (N.-B.) E3B 3T4

Remarques importantes sur la façon de remplir la déclaration de l'employé

2.b) N'oubliez pas de remplir cette section si vous conservez votre protection pendant votre période d'invalidité.



DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E) – DEMANDE D'AVANTAGES SOCIAUX

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)
 CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ (EXEMPTION DE COTISATIONS)

Remplir et retourner : **Vestitor**
 C.P. 6000, Fredericton (N-B) E3B 5H1
 Téléphone : (506) 453-2296 Sans frais au Canada: 1-800-561-4012 Télécopieur : (506) 457-7388

1. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'EMPLOYÉ (Caractères d'imprimerie s.v.p.) Note: Le masculin comprend le féminin

Nom (prénom/ nom de famille) _____

Sexe : homme femme Date de naissance

J	M	A
---	---	---

 Joindre copie de votre certificat de naissance. NAS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employeur (nom du ministère, agence, hôpital, district scolaire ou autre) _____ Dernière profession: _____

2. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA DEMANDE (Veuillez indiquer les avantages sociaux demandés.)

a) Prestations d'invalidité de longue durée (ILD)

b) Maintien des avantages sociaux durant l'invalidité - préciser les régimes applicables :
 Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident Régime d'invalidité de longue durée Assurance-vie de base
 Assurance-vie supplémentaire Assurance-vie pour personnes à charge
 Soins de santé et/ou soins dentaires N° de police _____ N° d'identité _____
 (Les numéros sont indiqués sur votre carte d'identité Médicre Croix Bleue)

c) Pension d'invalidité (en vertu du Régime de pension des enseignants seulement)

3. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU REVENU OU DES AVANTAGES

Bénéficiez-vous du maintien du salaire (congés de maladie payés, congés annuels) de votre employeur? Oui Non Si oui, jusqu'à quelle date? (j/m/a) _____

Avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec? Oui Non

Présentez-vous cette demande à la suite d'une blessure ou d'un accident survenu au travail - antérieur ou actuel? Oui Non

Avez-vous présenté une demande en vertu de la Loi sur les accidents du travail? Oui Non Si oui, êtes-vous admissible à des indemnités? Oui Non décision à rendre

Présentez-vous cette demande à la suite d'un accident de véhicule automobile? Oui Non Si oui, a-t-on entamé des poursuites judiciaires? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'avocat: _____

Avez-vous demandé ou reçu des prestations d'invalidité à titre d'indemnités de salaire d'un autre régime d'assurance collective, d'association ou d'assurance-groupe franchisée? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance: _____ et le numéro de police: _____

4. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU TRAVAIL

Quand sont apparus les symptômes qui ont mené à votre état de santé actuel? _____

Depuis quand votre état vous empêche-t-il de travailler? (j/m/a) _____

Décrivez votre état de santé actuel, la cause et les antécédents. (Si votre blessure résulte d'un accident, décrivez ce qui s'est passé et donnez la date et le lieu de l'accident.) _____

Parmi les fonctions habituelles de votre emploi, lesquelles pouvez-vous toujours accomplir? _____

Parmi les fonctions habituelles de votre emploi, lesquelles ne pouvez-vous pas accomplir? _____

Avez-vous essayé de reprendre le travail? Oui Non Si oui, veuillez cocher les cases appropriées: à temps plein à temps partiel fonctions habituelles fonctions modifiées autre employeur

Si non, quand prévoyez-vous reprendre votre profession habituelle? (j/m/a) _____ - toute autre (j/m/a) profession? _____

Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'invalidité de longue durée ou de maintien des avantages en vertu des régimes d'avantages sociaux des employés du gouvernement du N.-B.? Oui Non

25-1739 (2/17)

Remarques importantes sur la façon de remplir la déclaration de l'employé

4) Incluez les détails supplémentaires concernant la demande de prestations. Plus vous fournissez de renseignements, plus vous avez de chances de réduire les retards causés par les demandes de renseignements supplémentaires.

Avez-vous eu une blessure ou une maladie semblable par le passé? Oui Non Si oui, décrivez votre état, la date initiale de la maladie ou blessure et indiquez si vous vous êtes absenté du travail : _____

Veillez fournir tout autre renseignement qui, selon vous, devrait être considéré dans l'examen de votre demande. (Annexer des feuilles au besoin.) _____



5. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE MÉDICAL. Pour éviter des retards dans l'étude de votre demande, veuillez joindre les résultats de tests, les rapports de consultation, les feuilles médico-administratives et les notes cliniques qui sont disponibles - en plus de la Déclaration du médecin traitant.

Énumérez les médecins (y compris les spécialistes ou les autres professionnels de soins de santé) que vous avez consultés à cause de votre état de santé actuel.

Nom du médecin ou spécialiste	Genre de praticien	Adresse	Date de la première visite	Date de la prochaine visite	Date(s) d'hospitalisation

6. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA FORMATION ET DE L'EXPÉRIENCE (Joindre une copie d'un curriculum vitae à jour ou compléter les renseignements suivants où il y a lieu.)

Niveau de scolarité atteint _____ École de formation technique ou professionnelle _____ Genre de diplôme obtenu _____
 Collège ou université _____ Années complétées _____ Diplôme obtenu _____ Année _____ Majeure _____

Donnez une brève description des emplois que vous avez occupés durant les 15 dernières années. _____

Énumérez les cours de formation technique, administrative ou d'intérêt spécial que vous avez suivis. _____

Quelles compétences avez-vous acquises dans le cadre de votre emploi actuel et de vos emplois antérieurs? (Exemples : dactylographie, utilisation de matériel/équipement, aptitude à surveiller, permis ou appellation spéciale.) _____

N'oubliez pas de signer et de dater votre formulaire de demande de prestations!

Facultatif



7. Le cas échéant, par la présente, j'autorise la divulgation de mon nom à mon syndicat en tant que personne présentant une demande pour invalidité de longue durée.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

8. CESSION, DÉCLARATION ET AUTORISATION (APPOSER VOTRE SIGNATURE)

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je sais que le responsable du règlement des demandes peut faire enquête sur la demande. J'autorise mon employeur, médecin, praticien, professionnel de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique et tout autre établissement de santé, compagnie d'assurance, commission des accidents du travail, Régime de pensions du Canada ou Régime des rentes du Québec, administrateur de régime d'assurance-collective, administrateur de régime de pension paraffilié par l'employeur, à transmettre au responsable du règlement des demandes et à l'administrateur du régime, des renseignements au sujet de mon état de santé ou du paiement des prestations afin de traiter ou de gérer ma demande. Je reconnais qu'une copie de la présente autorisation a la même validité que le document original. Je sais que je dois régler les frais exigés, s'il y a lieu, pour faire remplir les formulaires ou obtenir les rapports médicaux.

Obligatoire



Signature de l'employé : _____ Date : _____

Adresse et code postal : _____

N° de tél. : _____

25-1739 (2117)



Pour éviter les retards dans le traitement de votre demande de prestations, il est essentiel de vérifier que toutes les sections sont dûment remplies.

Remarques importantes sur la déclaration du médecin traitant



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE D'AVANTAGES SOCIAUX

25-1129(1/24)

- PRESTATIONS D'INVALIDITÉ LONGUE DURÉE (ILD)
- CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ (EXEMPTION DE COTISATIONS)

- Instructions:
1. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.
 2. Le patient remplit la partie 1.
 3. Le médecin remplit la partie 2.

Note : Le masculin comprend le féminin.

À noter:

Il incombe au patient de faire remplir cette déclaration et de payer les frais exigés, s'il y a lieu.

Partie 1 : L'employé doit d'abord remplir cette section puis transmettre le formulaire au médecin pour que ce dernier le remplisse.



PARTIE 1 - AUTORISATION DU PATIENT

Nom: _____ Âge: _____
(prénom) (nom de famille)

Numéro d'assurance sociale: _____ - _____ - _____ N° de tél.: _____

Par les présentes, j'autorise le médecin traitant (ou consultant), ou l'établissement ou le professionnel de soins de santé, à transmettre au responsable du règlement des demandes ou au porteur de police tous les renseignements nécessaires au sujet de cette demande de prestations. Je sais que je dois régler les frais exigés, s'il y a lieu, pour faire remplir la présente déclaration.

Signature: _____ Date: _____

PARTIE 2 - DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Diagnostic

Diagnostic principal: _____ /Symptômes _____

Diagnostic secondaire: _____ /Symptômes _____

Autres facteurs contributifs ou complications: _____

2. Antécédents

Date des premiers symptômes ou de l'accident:

J	M	A

Date de la première visite pour la condition actuelle:

J	M	A

Date d'arrêt du travail à cause de la maladie ou la blessure:

J	M	A

S'agit-il d'une maladie / blessure reliée au travail?

- Oui Non Ne sais pas.

Est-ce que le patient a déjà souffert d'une condition semblable ou comparable? Oui Non Si oui, veuillez

indiquer la date et fournir des renseignements: _____

Existe-t-il des antécédents médicaux connexes? -Veuillez expliquer et donner les dates approximatives. _____

Si la condition découle de la grossesse, indiquez la date ou la date prévue de l'accouchement:

J	M	A

3. Symptômes cliniques et examens

Date du dernier examen du patient:

J	M	A

Grandeur: _____ Poids: _____ Pression sanguine: _____ Pouls: _____



Tous les frais facturés par le médecin pour remplir ces formulaires sont à la charge de l'employé.

Remarques importantes sur la déclaration du médecin traitant

Ces renseignements sont essentiels pour pouvoir évaluer la demande de prestations. Si ces rapports existent et ne sont pas inclus à la présentation initiale de la demande, l'évaluation de votre demande de prestations sera retardée.

Cardiaque : _____ Catégorie 1 aucune restriction Catégorie 2 restriction légère Catégorie 3 restriction prononcée Catégorie 4 restriction complète

VEUILLEZ JOINDRE TOUTES COPIES RÉCENTES DES RELEVÉS DE RADIOGRAPHIE, DES ÉLECTROCARDIOGRAMMES, DES ANALYSES DE LABORATOIRE, DES RAPPORTS DE CONSULTATION, DES FEUILLES MÉDICO-ADMINISTRATIVES, NOTES CLINIQUES, ET AUTRES.

Avez-vous prévu d'autres examens? Oui Non Si oui, veuillez indiquer les dates et le genre d'examen _____

Est-ce que le patient reçoit ou recevra des traitements d'autre(s) médecin(s) ou spécialiste(s)? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et spécialisation du médecin	Date de la dernière et de la prochaine visite du patient

4. Impression générale

(Décrire apparence, développement, alimentation, posture, démarche, détresse, vigilance mentale, âge apparent, et autres.)

5. Traitement; Fréquence des visites du patient : _____ Date de la dernière visite :

J	M	A
---	---	---

Est-ce que le patient prend des médicaments? Oui Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Médicaments actuels	Posologie

Est-ce que le patient a subi ou subira une intervention chirurgicale? Oui Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Nature de l'intervention chirurgicale	Date de l'intervention ou date prévue

Est-ce que le patient a été ou sera hospitalisé? Oui Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Date d'admission	Date de congé	Etablissement	Raison

Est-ce que le patient suit des traitements? Oui Non Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Nature (physiothérapie, psychothérapie, chiropractie)	Nom du praticien

Est-ce que le patient suit ou doit suivre des traitements pour la consommation de substances intoxicantes? Oui Non

Est-ce que le patient suit ou suivra d'autres traitements? (Veuillez préciser en indiquant les dates.) _____

Remarques importantes sur la déclaration du médecin traitant

Veuillez décrire brièvement la réaction du patient au traitement : _____

Est-ce que le patient suit les traitements recommandés? Oui Non (Veuillez préciser.) _____

6. Capacité fonctionnelle - Si la condition est de nature psychiatrique, veuillez fournir un inventaire clinique multifaxial, s'il est disponible.

Le patient est : en état de sortir retenu à la maison alité hospitalisé

Veuillez cocher la case ci-dessous qui décrit le mieux la capacité fonctionnelle du patient :

- Aucune restriction de la capacité fonctionnelle; peut faire tout travail normal.
- Restriction minimale de la capacité fonctionnelle; peut faire des travaux modérés.
- Restriction moyenne de la capacité fonctionnelle; peut faire des travaux légers.
- Grave restriction de la capacité fonctionnelle; incapable du moindre effort.

Veuillez fournir les détails au sujet des limites / restrictions de la capacité fonctionnelle et donner des exemples de ce que le patient est capable d'accomplir : _____

7. Pronostic et facteurs de rétablissement

Pronostic et date de rétablissement : _____

Le rétablissement dépend-il d'autres facteurs? Veuillez expliquer. _____

Veuillez indiquer les facteurs à prendre en considération dans l'établissement d'un plan de retour au travail : _____

8. Observations

Veuillez fournir d'autres renseignements ou détails qui pourraient être utiles. _____

Nom du médecin traitant _____
(Cochez des d'imprimerie s.v.p.)

Adresse : _____ N° de téléphone () _____ - _____

_____ N° de télécopieur () _____ - _____

Signature : _____ Date : _____

Effectuez un suivi auprès de votre médecin pour vérifier que le formulaire a été rempli et soumis.



Remplir et retourner : CROIX BLEUE MEDAVIE
644, rue Main, Moncton (N-B) E1C 8L3
ATT : Services de gestion de cas
TÉL : 1-877-849-8509
FAX : 1-800-644-1722