
Régime d'invalidité de longue durée des services publics du Nouveau-Brunswick

UN GUIDE POUR LES PARTICIPANTS AU RÉGIME

The Committee for Long Term Disability
Le Comité pour l'invalidité de longue durée

New Brunswick
Nouveau Brunswick

Ce livret résume le régime d'invalidité de longue durée offerts aux employés à la date d'émission et a été préparé uniquement à des fins d'information. Même si tout a été mis en œuvre pour s'assurer que le présent sommaire est exact, le régime peut changer de temps à autre. À titre de sommaire, ce livret ne comprend pas la totalité des détails, qualifications, restrictions, exclusions et limites applicables au régime d'invalidité de longue durée.

Le présent sommaire n'est pas un document juridique et ne crée aucun droit ni aucune obligation d'ordre juridique. Le contrat officiel du régime d'invalidité de longue durée des employés, les ententes de service, la législation, les règlements et les lignes directrices régiront toutes les questions de droit à la prestation.

© Droit d'auteur de la Couronne, Province du Nouveau-Brunswick, 2023
Régime d'invalidité de longue durée des services publics du Nouveau-Brunswick: Un guide pour les participants au régime
Services des avantages sociaux des employés
Ministère des Finances et du Conseil du Trésor
Date d'émission : novembre 2023
Dernière révision : mars 2025

Pour obtenir la version la plus récente de ce livret, utilisez ce code QR.



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 2 |
| Participation au régime d'ILD | 3 |
| Critères d'admissibilité des employés | 3 |
| Cessation de la couverture | 3 |
| Calcul de la prime et de la prestation mensuelle d'ILD | 4 |
| Admissibilité à la prestation d'ILD | 5 |
| Options pour le paiement des primes pendant la période d'attente | 5 |
| Invalidité totale | 5 |
| Quand et comment faire une demande d'ILD | 6 |
| Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) | 6 |
| Conditions préexistantes | 7 |
| Cessation de la prestation | 7 |
| Informations supplémentaires | 8 |
| Changement de définition | 8 |
| Réadaptation/Retour au travail | 8 |
| Invalidités récurrentes | 8 |
| Autres sources de revenu | 9 |
| Responsabilité civile | 9 |
| Limites et exclusions | 10 |
| Processus d'appel d'une demande de prestation d'ILD | 10 |
| Exonération des primes | 11 |
| Quand et comment faire une demande pour l'exonération des primes | 11 |
| Période de l'exonération des primes | 12 |
| Cessation de l'exonération des primes | 13 |
| Limites et exclusions | 13 |
| Maintien de la couverture lors d'un congé ou d'une mise en disponibilité | 14 |
| Congé approuvé | 14 |
| Mise en disponibilité ou Cessation d'emploi | 14 |
| Contacts | 15 |
| Croix Bleue Medavie (administrateur des réclamations / assureur) | 15 |
| Vestcor (administrateur du régime) ou l'employeur | 15 |
| Demandes et formulaires | 16 |
| Annexe A: Définitions | 17 |
| Annexe B: Liste de contrôle de la demande | 18 |
| Annexe C: Guide de demande de la prestation ILD pour les employés | 19 |

Introduction

Le régime d'invalidité de longue durée (ILD) du Nouveau-Brunswick offre aux employés participants une source de revenu pendant un congé d'invalidité approuvé. L'ILD est un congé de plus de quatre (4) mois et l'invalidité peut être physique ou mentale. Le montant de la prestation correspond à un pourcentage du revenu de l'employé (voir la formule à la page 3).

Le régime d'ILD est entièrement financé par les cotisations des employés (100 % payées par les employés). Cela garantit que la prestation d'ILD, si elle est perçue, n'est pas imposable. Le régime est supervisé par le comité pour l'invalidité de longue durée, qui veille à ce qu'il soit viable et réponde aux besoins des employés. L'administration quotidienne du régime est supervisée par l'équipe des Services des avantages sociaux des employés, du ministère des Finances et du Conseil du Trésor. Les demandes de réclamations sont gérées par l'administrateur des réclamations (CBM).

Ce livret, à l'intention des employés participants, donne un aperçu du régime d'ILD et de l'exonération des primes qui l'accompagne. Il contient également des informations utiles sur le maintien de la couverture en cas d'interruption de l'emploi. Enfin, ce livret sert de guide pour aider les employés dans le processus de demande et fournit des informations destinées à minimiser les retards des versements de la prestation dus à certaines erreurs ou omissions courantes.

Fournisseurs de services

Pour le régime d'ILD, les services sont assurés et administrés par les fournisseurs externes énoncés ci-dessous. Les fournisseurs de services sont susceptibles de changer à la fin de chaque contrat :

- ◆ **Croix Bleue Medavie (CBM) est l'administrateur des réclamations** - Responsable de l'administration des demandes de la prestation, y compris l'évaluation des demandes, les appels, les versements de la prestation et les programmes de retour progressif au travail.
- ◆ **Vestcor est l'administrateur du régime** - Responsable de l'administration du régime, incluant répondre aux demandes de renseignements des employés sur la procédure de demande de la prestation d'ILD, percevoir les primes des employeurs, préparer le budget annuel du Comité et assurer le suivi des dépenses du régime.

Participation au régime d'ILD

Le régime d'ILD est **obligatoire** pour tous les **employés permanents à temps plein** et les **employés permanents à temps partiel** des groupes d'employeurs participants. L'employeur **doit** inscrire l'employé dès qu'il devient admissible. Si les heures de travail requises sont réduites, le maintien de la couverture est autorisé, à condition que le minimum ne soit pas inférieur à 33 1/3 % d'un emploi à temps plein.

Critères d'admissibilité des employés

Les critères d'admissibilité des employés au régime d'ILD sont les suivants:

- ◆ Occuper un **poste permanent** et être tenu de travailler :
 - ◆ au moins 35 heures par semaine à temps plein ; ou
 - ◆ au moins 40 % de la semaine de travail à temps plein selon un horaire régulier.

Les personnes dont l'emploi est occasionnel, saisonnier ou temporaire, ainsi que celles embauchées en vertu d'un contrat de services personnels ou les étudiants d'un programme coopératif, **ne peuvent pas** participer au régime d'ILD.

Les personnes à charge ne sont pas admissibles au régime.

REMARQUE : Les employés doivent contacter leur équipe des ressources humaines ou se référer à leur convention collective s'ils ne sont pas certains d'appartenir à un groupe d'employeurs participants.

Cessation de la couverture

La couverture du régime d'ILD prendra automatiquement fin à la première des éventualités suivantes :

- ◆ l'employé ne répond plus à la définition d'un employé ;
- ◆ l'employé cesse d'être actif, sauf dans les cas d'interruption d'emploi énumérés à la page 14;
- ◆ l'employé entre dans les forces armées de n'importe quel pays à temps plein ;
- ◆ le présent régime prend fin ou la couverture du groupe ou de la division auquel l'employé appartient prend fin;
- ◆ la date à laquelle le régime est considéré comme liquidé;
- ◆ l'employé participe à une grève, sauf si un accord stipule le contraire. La couverture reprend lorsque l'employé se présente à nouveau au travail.
- ◆ la date de la retraite si l'employé prend sa retraite avant l'âge de 65 ans. Sinon, le point suivant s'applique ;
 - ◆ quatre (4) mois avant la date à laquelle l'employé est admissible à une pension non réduite ou à l'âge de 65 ans ;
- ◆ la date à laquelle les congés de maladie accumulés par l'employé (jusqu'à un maximum de 12 mois) garantissent le maintien du salaire jusqu'à la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans; ou
- ◆ l'employé décède.

Calcul de la prime et de la prestation mensuelle d'ILD

Les employés sont responsables de payer la totalité (100%) des primes. Cela permet de s'assurer que la prestation d'ILD, si elle est perçue, n'est pas imposable. La prime mensuelle est prélevée sur le salaire de l'employé, ou selon d'autres modalités s'il est en [congé approuvé](#).

Le régime d'ILD comprend trois (3) groupes de participants, et chaque division a un taux distinct basé sur l'expérience des employés (utilisation).

| Divisions | Taux par 100 \$ de prestations (À compter du 1 ^{er} avril 2025) |
|---|--|
| Division 1 - Général Ministères gouvernementales, agences, districts scolaires, hôpitaux, société de la couronne et commissions. | 2,88 \$ |
| Division 2 - Infirmiers(ières) Infirmiers(ières) immatriculés(es) travaillant dans les hôpitaux, les foyers de soins, la santé publique/mentale et le programme extra-mural. | 5,77 \$ |
| Division 3 - SCFP 1251 Ministères gouvernementales (SCFP Section locale 1251), Collèges communautaires (SCFP Sections locales 5026 et 5017), et d'autres par des ententes de transfert. | 4,27 \$ |

La prime mensuelle est calculée en multipliant le taux applicable au groupe participant par la prestation mensuelle d'ILD que percevrait l'employé, divisée par 100 \$. Elle est donc exprimée comme suit : "taux de \$/100 \$ de prestation".

La prestation maximale globale est de 12 000 \$ par mois.

La prestation mensuelle d'ILD est calculée à partir du salaire mensuel brut de l'employé (basé sur les heures garanties), comme suit :

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------------|
| 60% du premier 2 500 \$ | + | 50% du prochain 2 250 \$ | + | 40% du reste | = | Prestation mensuelle de l'ILD |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------------|

REMARQUE : Le [salaire mensuel brut](#) comprend la rémunération intérimaire, les augmentations pour études, l'allocation de responsabilité et l'allocation pénologique, mais **exclut** les heures supplémentaires, l'allocation vestimentaire, la disponibilité/le rappel, l'allocation de transport, les primes de travail par quarts, les paiements de salaire rétroactifs et tous les autres paiements ou allocations.

Exemple:

Pour un salaire mensuel de 5 000 \$ (60 000 \$/an). *Pour calculer le salaire mensuel, utilisez la formule suivante: salaire bihebdomadaire X 26 périodes de paie / 12 mois = salaire mensuel.

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|
| 60% du premier 2 500 \$ est 1 500 \$ | + | 50% du prochain 2 250 \$ est 1 125 \$ | + | 40% du 250 \$ restant est 100 \$ | = | Prestation mensuelle d'ILD sont 2 725 \$ |
|---|---|--|---|--|---|---|

Si l'employé est un infirmier, multipliez 2 725 \$ par le taux de 5,77 % (qui est le taux par 100 \$ de prestations, comme indiqué dans le tableau ci-dessus) pour obtenir la prime mensuelle de 157,23 \$.

Admissibilité à la prestation d'ILD

La maladie ou la blessure doit empêcher l'employé de travailler pendant une période d'au moins quatre (4) mois. Cette période est appelée la « **période d'attente** ».

Pour être admissible à la prestation, l'employé doit:

- ◆ répondre à la définition [d'invalidité totale](#)
- ◆ continuer à payer les primes pendant la période d'attente de quatre (4) mois (qui commence à la date du début du congé) ;
- ◆ s'assurer que l'invalidité est médicalement documentée ; et
- ◆ être suivie par un médecin.

IMPORTANT : Si les primes ne sont pas payées pendant la période d'attente, l'employé ne sera pas admissible à la prestation d'ILD **et aucun paiement rétroactif ne sera accepté.**

Options pour le paiement des primes pendant la période d'attente

- ◆ Si l'employé dispose d'au moins quatre (4) mois de congés de maladie payés pour couvrir la période d'attente, les primes continueront d'être déduites de son salaire par le biais des retenues salariales.
- ◆ Si l'employé a accumulé plus de quatre (4) mois de congés de maladie et si approuvé pour la prestation d'ILD, il peut choisir d'épuiser le reste de ses congés de maladie avant de percevoir la prestation d'ILD. Si l'employé choisit d'utiliser ses congés de maladie au-delà de la période d'attente de quatre (4) mois, la prestation d'ILD devient payable après la fin du congé payé.
- ◆ Si l'employé n'a pas droit à un congé de maladie rémunéré ou s'il a épuisé ses congés de maladie payés avant le début de la prestation d'ILD, il peut envisager de demander des prestations de maladie de l'assurance-emploi (AE). Pour faire une demande ou pour obtenir de plus amples informations sur les prestations de maladie de l'assurance-emploi, visitez le site web de Service Canada ou appelez Service Canada au 1-800-622-6232 ou au ATS 1-800-926-9105.

Pendant un congé de maladie non payé, pour continuer la couverture d'ILD et les paiements de primes pendant la période d'attente de quatre (4) mois, l'employé doit remplir et soumettre le formulaire [Maintenance de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité](#) dans les **60 jours civils** suivant le début du congé et les primes doivent être payées directement à l'administrateur du régime (Vestcor) au moyen de chèques ou de mandats postaux mensuels postdatés.

Invalidité totale

Pour satisfaire à la définition « **d'invalidité totale** », un employé doit être incapable mentalement ou physiquement d'accomplir les tâches régulièrement requises dans le cadre de son occupation habituelle. L'invalidité doit être médicalement documentée et l'employé doit être suivi par un médecin.

Après 24 mois d'invalidité totale, un [changement de définition](#) peut survenir et exige que l'employé soit mentalement ou physiquement incapable d'accomplir les tâches régulièrement requises :

- ◆ de son occupation habituelle; et
- ◆ de toute occupation pour lequel l'employé :
 - ◆ toucherait au moins 75 % de son salaire avant l'invalidité; et
 - ◆ est raisonnablement qualifié ou pourrait le devenir par la formation, l'éducation ou l'expérience.

La perte d'un permis professionnel ou d'une attestation professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale. La disponibilité du travail n'est pas prise en considération au cours de l'évaluation de l'invalidité totale.

Quand et comment faire une demande d'ILD

Si l'employé croit qu'il sera absent du travail pendant au moins quatre (4) mois, il lui est recommandé de soumettre la demande pour la prestation d'ILD dans les 8 à 10 semaines suivant la date à laquelle il a commencé son congé, même s'il reste en congé de maladie rémunéré. Le fait de demander la prestation d'ILD dans les délais recommandés permet de s'assurer qu'il n'y aura pas d'interruption du soutien financier, au cas où la prestation serait approuvée.

La demande pour la prestation d'ILD **doit** être présentée **dans les 10 mois** suivant la date de l'invalidité (le jour suivant le dernier jour de travail de l'employé). Les demandes reçues en dehors du délai requis ne seront pas évaluées et la prestation ne sera pas versée.

Les demandes peuvent ne pas être évaluées si l'invalidité totale ne persiste plus.

Pour demander la prestation d'ILD, l'employé peut utiliser la liste de contrôle pour la demande de prestation de [l'annexe B](#) et le guide de demande de la prestation pour les employés de [l'annexe C](#). Ces annexes ont pour but d'aider l'employé à remplir les formulaires nécessaires. Elles contiennent des exemples de formulaires avec des sections surlignées qui, si elles sont mal remplies, entraînent souvent des retards dans l'évaluation de la demande. **La meilleure chose que l'employé puisse faire pour éviter les retards est de s'assurer que toutes les sections sont remplies avec précision et dans leur intégralité.**

Pour assurer la confidentialité des renseignements médicaux, l'employé doit soumettre la [déclaration de l'employé](#) à l'administrateur du régime (Vestcor) et la [déclaration du médecin traitant](#) à l'administrateur des réclamations (CBM). Les formulaires ne devraient pas être envoyés à l'employeur.

Il incombe à l'employeur de remplir la [déclaration de l'employeur](#) et de l'envoyer directement à l'administrateur du régime (Vestcor) avec la description du poste.

REMARQUE : Il est recommandé aux employés admissibles à des prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, supervisée par Travail sécuritaire NB, de présenter une demande pour la prestation d'ILD en même temps que la demande à Travail sécuritaire NB. Cela permettra de s'assurer qu'un dossier est ouvert auprès de l'administrateur des réclamations (CBM) et que la période d'attente de quatre (4) mois est prise en compte dans l'éventualité où l'employé devrait passer à l'ILD une fois les versements de la prestation de Travail sécuritaire NB cessent.

Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ)

S'il semble que l'invalidité totale de l'employé se prolongera au-delà d'un an, l'administrateur des réclamations (CBM) informera l'employé qu'il doit présenter une demande de prestation d'invalidité du RPC/RRQ.

Si l'employé omet de présenter une demande de prestation d'invalidité du RPC/RRQ, l'administrateur des réclamations (CBM) peut réduire la prestation d'ILD payable du montant de la prestation du RPC/RRQ si l'employé avait présenté une demande, à moins que l'employé ne puisse fournir la preuve qu'une demande a été présentée, que la prestation a été refusée et que tous les paliers d'appel ont été épuisés.

Conditions préexistantes

Il existe une restriction liée aux conditions préexistantes. Si, dans les 12 mois suivant sa participation au régime d'ILD, l'employé devient totalement invalide en raison d'une affection qui existait et était connue avant qu'il ne soit couvert, la prestation d'ILD ne sera versée que s'il a travaillé pendant trois (3) mois consécutifs sans s'absenter en raison de cette affection.

Après 12 mois de couverture ou trois (3) mois consécutifs de travail sans absence due à la condition préexistante (selon la première éventualité), cette restriction ne s'appliquera plus. Cette limitation n'affecte pas les demandes de prestations liées à des conditions non préexistantes.

Cessation de la prestation

Les versements de la prestation cesseront si l'un des événements suivants se produit :

- ◆ l'employé n'est plus totalement invalide;
- ◆ l'employé ne se conforme pas ou cesse de se conformer à l'obligation de fournir une preuve de la poursuite de l'invalidité ;
- ◆ l'employé refuse ou ne se soumet pas à des examens et évaluations médicaux, psychiatriques, psychologiques, éducatifs et/ou professionnels effectués par des examinateurs choisis par l'administrateur des réclamations (CBM) ;
- ◆ l'employé n'est pas suivi régulièrement par un ou des médecin(s) et/ou un ou des spécialiste(s) ;
- ◆ l'employé refuse ou omet de : suivre un traitement médical, psychiatrique ou psychologique, ou de participer à un programme de réadaptation ou à un programme de traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'abus de substances, jugé bénéfique pour l'employé selon les recommandations de l'administrateur des réclamations (CBM) ;
- ◆ l'employé refuse de remplir et de retourner un formulaire d'entente de remboursement ou de se conformer aux conditions d'un formulaire d'entente de remboursement signé, lorsqu'on le lui demande, en ce qui a trait à la responsabilité civile ;
- ◆ l'employé est incarcéré dans une prison ou un établissement psychiatrique en vertu de l'autorité d'un tribunal pénal ;
- ◆ l'employé atteint l'âge de 65 ans (ou 60 ans si la date d'invalidité est antérieure au 1^{er} avril 2014) ; ou
- ◆ l'employé décède. Dans ce cas, le dernier paiement comprendra la date du décès.

Informations supplémentaires

Changement de définition

24 mois après la date à laquelle la prestation d'ILD a été approuvée, et s'il est évident qu'un retour à son occupation habituelle n'est pas possible, la définition de [l'invalidité totale](#) change. L'accent est mis sur la recherche d'une occupation pour l'employé, dont le salaire mensuel est au moins égal à 75 % du salaire mensuel de son occupation habituelle.

Lors de la recherche d'une autre occupation, l'administrateur des réclamations (CBM) considérera comme raisonnable toute occupation située dans un rayon d'une heure (une heure à l'aller et au retour). Si le trajet de l'employé avant l'invalidité était plus long qu'une heure, cela sera également considéré comme raisonnable. Si les emplois identifiés dans l'analyse des compétences transférables n'existent pas dans ce rayon et ne peuvent pas être occupés dans le cadre d'un travail à domicile, l'employé continuera à percevoir les versements de la prestation d'ILD.

Réadaptation/Retour au travail

Le régime d'ILD prévoit un programme de réadaptation/retour au travail adapté aux besoins individuels. Il peut arriver que, même si l'employé n'est pas complètement rétabli, il puisse reprendre le travail progressivement (retour progressif au travail). Il devra alors participer à un programme de réadaptation/retour au travail. Les versements mensuels de la prestation d'ILD ne cesseront pas pour un employé qui est capable de travailler dans le cadre d'un programme de réadaptation et qui reçoit un revenu de réadaptation. La prestation d'ILD sera réduite de 50 % du revenu brut de réadaptation reçu. Le revenu total ne peut dépasser 100 % du revenu net de l'employé avant l'invalidité.

Comment fonctionne un programme de réadaptation/retour au travail?

- ◆ l'administrateur des réclamations (CBM) élabore un plan de retour au travail ;
- ◆ le plan de retour au travail est communiqué à l'employé ;
- ◆ l'administrateur des réclamations (CBM) communique avec l'employeur pour discuter du plan de retour au travail et des mesures d'adaptation possibles ;
- ◆ le plan final est communiqué à l'employé et à l'équipe de traitement pour approbation ; et
- ◆ l'employé sera soutenu par l'administrateur des réclamations (CBM) jusqu'à ce qu'il atteigne 75 % de ses tâches et heures habituelles.

Si un retour progressif au travail ne peut être envisagé par l'employeur, le programme de réadaptation tentera de reproduire un retour au travail dans un cadre clinique afin de confirmer les capacités fonctionnelles de l'employé.

Invalidités récurrentes

Un employé qui reprend le travail et constate qu'il n'est pas en mesure de le poursuivre **ne sera pas** tenu de satisfaire une deuxième période d'attente de quatre (4) mois pour bénéficier de la prestation d'ILD, si l'invalidité est une **récidive** de l'affection précédente.

Une invalidité sera considérée comme récurrente si la période de retour au travail actif est **inférieure à six (6) mois à temps plein** et si elle résulte d'une blessure ou d'une maladie **directement liée** aux causes de l'invalidité initiale.

Si un employé cesse d'être totalement invalide pendant la période d'attente et redevient totalement invalide dans un délai d'un mois en raison de la même affection, la période d'attente est prolongée du nombre de jours pendant lesquels l'invalidité totale a cessé (jours travaillés).

Autres sources de revenu

La prestation d'ILD **n'est pas versée** tant que l'employé est admissible à une prestation en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*.

La prestation mensuelle d'ILD **n'est pas** réduite par les revenus provenant de régimes individuels d'assurance-invalidité ou par les prestations versées directement à l'employé pour les personnes à sa charge.

La prestation mensuelle d'ILD **est réduite** des montants (compensation dollar pour dollar) reçus de :

- ◆ RPC/RRQ;
- ◆ revenus provenant des congés payés de l'employeur (p. ex., congés de maladie, vacances) ;
- ◆ autres régimes d'assurance invalidité de groupe, d'association ou de franchise ;
- ◆ autres régimes d'assurance invalidité gouvernementaux, à l'exception de l'assurance-emploi (AE) ;
- ◆ revenus ou paiements par tout employeur, à l'exclusion des paiements forfaitaires qui peuvent être effectués par l'employeur à la fin de l'emploi ;
- ◆ pension de retraite anticipée réduite ou une pension non réduite fournie par l'employeur ;
- ◆ l'indemnité de remplacement du revenu payable au titre d'un régime d'assurance automobile ; et
- ◆ revenus récupérés dans le cadre d'une action en justice au titre de la responsabilité civile.

Si le revenu provenant de toutes les autres sources énumérées ci-dessus, y compris les prestations du RPC/RRQ, et la prestation initiale d'ILD dépassent 85 % du [salaire net](#) de l'employé avant l'invalidité, l'excédent sera déduit de la prestation initiale d'ILD.

Exemples de 85% maximum de toutes les sources:

| Scénario n° 1 | Scénario n° 2 |
|---|--|
| Salaire annuel 60 000 \$ | Salaire annuel 60 000 \$ |
| Salaire mensuel 5 000 \$ | Salaire mensuel 5 000 \$ |
| Salaire mensuel net 4 097.68 \$ | Salaire mensuel net 4 097.68 \$ |
| 85% du salaire mensuel net = 3 483.03 \$ | 85% du salaire mensuel net = 3 483.03 \$ |
| Prestation mensuelle d'ILD 2 725 \$ | Prestation mensuelle d'ILD 2 725 \$ |
| Reçoit 9 000 \$ au titre d'une réclamation en responsabilité civile. Diviser par 12 = 750 \$/mois | Reçoit 40 000 \$ au titre d'une réclamation en responsabilité civile. Diviser par 12 = 3 333.33 \$/mois |
| 2 725 \$ + 750 \$ = 3 475 \$ < 85% salaire net avant l'invalidité | 2 725 \$ + 3 333.33 \$ = 6 058.33 \$ > 85% salaire net avant l'invalidité |
| AUCUN IMPACT | IMPACT La prestation d'ILD serait réduite de 2 575,30 \$, soit une prestation mensuelle de 149,70 \$/mois pendant 12 mois. |

Responsabilité civile

Si l'employé a obtenu gain de cause dans une action (juridique) intentée contre un tiers pour le revenu perdu à la suite d'une invalidité totale, la prestation d'ILD de l'employé sera versée comme il est indiqué dans la section portant sur les autres sources de revenu énumérées ci-dessus.

Toutefois, avant le début des versements de la prestation d'ILD, l'employé devra remplir un formulaire d'entente, dans lequel il s'engage à rembourser le régime d'ILD à la suite d'une indemnisation ou d'un règlement avec la tierce partie, le montant ne devant pas dépasser le montant total des versements de la prestation d'ILD qu'il a reçus.

Limites et exclusions

La prestation d'ILD **ne sera pas versée** si l'invalidité est due à :

- ◆ des blessures ou maladies intentionnelles auto-infligées ;
- ◆ une insurrection, une guerre, un service dans les forces armées ;
- ◆ la participation à une émeute ;
- ◆ la commission ou tenter de commettre un crime ; ou
- ◆ l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'utilisation d'hallucinogènes, à moins que l'employé ne participe à un programme thérapeutique approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM) et qu'il soit sous la supervision médicale continue d'un spécialiste dans le domaine.

Processus d'appel d'une demande de prestation d'ILD

Si l'employé n'est pas d'accord avec la décision prise par l'administrateur des réclamations (CBM) relativement à sa demande d'ILD, il peut avoir recours à deux niveaux d'appel.

Niveau 1 - Examen des nouveaux renseignements par le spécialiste des appels de l'administrateur des réclamations (CBM).

- ◆ L'employé doit aviser par écrit l'administrateur des réclamations (CBM) de son intention de faire appel **dans les 30 jours** suivant la date de la lettre de refus.
- ◆ L'employé doit fournir les renseignements précisés dans la lettre de refus **dans les 90 jours** suivant la date de la lettre de refus.
- ◆ Les nouvelles informations requises pour l'examen doivent inclure :
 - ◆ les informations spécifiées dans la lettre de refus; et
 - ◆ toute autre information justifiant cet appel.

Niveau 2 - Examen des nouvelles informations par le comité spécial d'appel de l'administrateur des réclamations (CBM).

Ce comité est composé d'un spécialiste des appels de l'administrateur des réclamations (CBM), d'un consultant médical et d'un avocat. **Note** : Le spécialiste des appels n'est pas la même personne qui a pris la décision au premier niveau d'appel et qu'il n'aura pas été impliqué dans le dossier jusqu'à ce qu'il soit renvoyé au deuxième niveau d'appel.

- ◆ L'employé doit aviser par écrit l'administrateur des réclamations (CBM) de son intention de faire appel **dans les 30 jours** suivant la date de la lettre de refus au premier niveau d'appel.
- ◆ L'employé doit fournir de nouveaux renseignements par écrit **dans les 90 jours** suivant la date de la lettre de refus au premier niveau d'appel.
- ◆ Les nouvelles informations qui seront acceptées doivent comprendre :
 - ◆ des informations médicales qui n'ont pas été soumises précédemment ; et
 - ◆ toute autre information à l'appui de l'appel.

REMARQUE : Au cours du processus d'appel, l'administrateur des réclamations (CBM) peut communiquer avec l'employeur ou le surveillant immédiat pour confirmer qu'ils comprennent bien les exigences physiques et cognitives du travail et pour discuter d'éléments tels que la fonction de l'employé, son assiduité, son rendement, etc. ou pour obtenir des renseignements et les clarifier.

Exonération des primes

La prestation pour l'exonération des primes permet à l'employé de **maintenir** la couverture de ses avantages sociaux sans payer les primes lorsqu'il est approuvé pour des prestations d'invalidité. Une exonération des primes s'applique à tous les régimes d'avantages sociaux (sauf le voyage d'affaires) en vigueur au moment de l'invalidité (quand le congé a commencé) et est offerte à l'employé qui :

- ◆ est jugé être [totalement invalide](#) pendant une période continue d'au moins quatre (4) mois (période d'attente).
- ◆ a été approuvé pour la prestation d'ILD ; et
- ◆ a payé ses primes pendant la période d'attente de quatre (4) mois.

Une fois que l'exonération des primes est approuvée, l'employé et son employeur recevront une lettre de l'administrateur du régime (Vestcor) détaillant les informations suivantes :

- ◆ la liste des avantages sociaux pour lesquels l'exonération des primes est approuvée;
- ◆ la date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes; et
- ◆ la période maximale de l'exonération des primes pour chaque prestation.

IMPORTANT: Durant la période d'attente de quatre (4) mois, l'employé et l'employeur **doivent continuer de payer les primes** pour tous les avantages sociaux que l'employé a décidé de maintenir. Si les primes ne sont pas payées durant la période d'attente, l'employé renonce effectivement à son droit à une exonération des primes. Par conséquent, tous les avantages sociaux pour lesquels les primes ne sont pas payées pendant la période d'attente ne pourront pas faire l'objet d'une exonération des primes par la suite.

Quand et comment faire une demande pour l'exonération des primes

L'employé doit présenter sa demande pour l'exonération des primes en même temps que sa demande pour la prestation d'ILD. Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 5 de ce livret.

REMARQUE : Pour les employés qui ont droit à des prestations en vertu de la **Loi sur les accidents du travail**, supervisée par Travail Sécuritaire NB, la demande pour l'exonération des primes doit être soumise en même temps que la demande de la prestation d'accidents du travail (durant la période d'attente de quatre (4) mois). Cela évitera tout retard dans l'évaluation de l'admissibilité à l'exonération des primes et dans la détermination de la date de début de la période de prestations. L'exonération des primes et la *Loi sur les accidents du travail* reposent sur des définitions distinctes du terme "invalidité", de sorte que l'approbation d'une prestation ne garantit pas l'approbation de l'autre.

Pour demander l'exonération des primes, l'employé, le médecin traitant et l'employeur **doivent** remplir:

- ◆ la [déclaration de l'employé](#) et la soumettre à l'administrateur du régime (Vestcor).
- ◆ la [déclaration du médecin traitant](#) et la soumettre à l'administrateur des réclamations (CBM).
- ◆ la [déclaration de l'employeur](#) et la soumettre à l'administrateur du régime (Vestcor).

Les demandes pour l'exonération des primes doivent être soumises dès que possible et pendant la période d'attente de quatre (4) mois.

Les demandes peuvent ne pas être évaluées si elles sont soumises avant le début de l'invalidité totale ou si l'invalidité totale ne persiste plus.

Les demandes soumises plus de 10 mois après le début de l'invalidité totale pourraient ne pas être évaluées.

Période de l'exonération des primes

Si l'exonération des primes est approuvée, elle entrera en vigueur une fois que la période d'attente de quatre (4) mois arrive à conclusion et que l'employé n'est plus en congé payé. C'est-à-dire, l'employé peut être en congé approuvé avec salaire complet ou partiel pendant la période d'attente, mais l'exonération des primes n'entrera en vigueur que lorsqu'il ne percevra plus aucun salaire.

La **date d'entrée en vigueur** d'une exonération des primes est le premier jour du mois suivant la date de son approbation. Par exemple, si l'exonération des primes est approuvée entre le deuxième jour du mois et la fin du mois, l'exonération commence le premier jour du mois suivant.

Toutefois, si l'employé continue de bénéficier d'une forme quelconque de maintien du salaire (congés de maladie, jours de vacances, etc.) après la date d'approbation de l'exonération des primes, la date d'entrée en vigueur de l'exonération sera le premier jour du mois suivant la fin du maintien du salaire.

Le paiement des primes n'est exigé ni de l'employé ni de l'employeur pendant la durée de l'exonération des primes.

REMARQUE : L'exonération des primes pour les régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires **expire après 24 mois** et ne peut pas être en vigueur pendant qu'un employé bénéficie d'un maintien du salaire. Par conséquent, la période d'exonération des primes sera plus courte si l'employé continue de percevoir une paie complète ou partielle après la date d'approbation de celle-ci.

| Exemple No. 1: | |
|--|---|
| Date d'invalidité: | 3 novembre 2023 |
| Date d'approbation de l'exonération des primes: | 4 mars 2024 (période d'attente quatre (4) mois complétée) |
| Congé de maladie payé/Maintien du salaire: | a cessé |
| Date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes: | 1 ^{er} avril 2024 |
| Période d'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires: | avril 2024 à mars 2026 (24 mois) |

| Exemple No. 2 | |
|--|--|
| Date d'invalidité: | 3 novembre 2023 |
| Date d'approbation de l'exonération des primes: | 4 mars 2024 (période d'attente quatre (4) mois complétée) |
| Congé de maladie payé/Maintien du salaire: | cesse le 9 juin 2024 |
| Date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes: | 1 ^{er} juillet 2024 (après la fin du congé de maladie/du maintien du salaire) |
| Période d'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires: | juillet 2024 à mars 2026 (21 mois) |

À l'approche de la période maximale de l'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires, l'administrateur des régimes (Vestcor) avisera l'employé et l'employeur par écrit de la date de fin de l'exonération des primes. Cette lettre fournira aussi des directives pour maintenir la couverture au-delà de la période de prestation maximale. Les périodes maximales de prestations sont indiquées dans le tableau à la page suivante.

| Régime d'avantages sociaux | Période de prestation maximale |
|---|--|
| Assurance-vie et ADMA | 65 ans |
| Soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires | 24 mois après la date d'approbation de l'exonération des primes ou lorsque l'employé atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité |
| ILD (Invalidité de longue durée) | 65 ans (60 ans si la date d'invalidité est antérieure au 1 ^{er} avril 2014) |

Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la première de ces dates :

- ◆ l'employé ne répond plus à la définition d'invalidité totale ;
- ◆ l'employé exerce une activité rémunérée ou lucrative, à l'exception d'un programme de réadaptation préapprouvé par l'administrateur des réclamations (CBM) ;
- ◆ l'employé ne fournit pas la preuve d'invalidité totale requise ;
- ◆ l'employé atteint l'âge de 65 ans ;
- ◆ l'employé prend sa retraite ;
- ◆ l'emploi de l'employé prend fin ;
- ◆ la couverture prend fin pour la catégorie d'employés à laquelle l'employé appartient ;
- ◆ la prestation ou la police prend fin ;
- ◆ l'employé atteint la période de prestation maximale (indiquée dans le tableau ci-dessus) ; ou
- ◆ l'employé décède.

Limites et exclusions

Une exonération des primes **ne sera pas** approuvée si l'invalidité totale est causée par :

- ◆ des blessures ou une maladie auto-infligée intentionnelle;
- ◆ une insurrection, une guerre ou un service dans les forces armées;
- ◆ la participation à une émeute;
- ◆ la commission ou la tentative de commission d'un crime; ou
- ◆ l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage de tout hallucinogène (sauf si l'employé participe à un programme thérapeutique approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM) et est sous la supervision médicale d'un spécialiste).

Maintien de la couverture lors d'un congé ou d'une mise en disponibilité

En cas d'interruption de l'emploi, l'employé pourrait avoir droit au maintien de la couverture pour l'ILD pendant une période précise.

Congé approuvé

Si un employé est en **congé avec une paie complète ou partielle**, la couverture pour l'ILD sera automatiquement maintenue pour la durée du congé et le paiement des primes continueront par le biais d'une retenue sur le salaire.

Si l'employé est en **congé non payé**, il peut **choisir de maintenir sa couverture pour l'ILD** en remplissant le formulaire [Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité](#) **dans les 60 jours civils** du début du congé et en le soumettant à l'administrateur du régime (Vestcor) et l'employeur. Les primes pour la couverture de l'ILD doivent être payées directement à l'administrateur des régimes (Vestcor) par le biais de chèques ou mandats postaux mensuels postdatés.

Si l'employé **choisit d'interrompre sa couverture**, il doit soumettre le formulaire [Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité](#) indiquant son choix de ne pas continuer. **Sa couverture prendra fin le dernier jour du mois pour lequel le dernier paiement de prime a été effectué** et sera ensuite suspendue. La couverture ne sera **rétablie qu'au retour au travail de l'employé**.

IMPORTANT : Si les primes mensuelles d'ILD ne sont pas payées pendant le congé non payé, l'employé ne sera pas admissible à la prestation d'ILD si une maladie survient. L'employé renonce effectivement à son droit à la prestation d'ILD. **Aucun paiement rétroactif ne sera accepté.**

La durée maximale pendant laquelle un employé peut être autorisé à maintenir sa couverture durant un **congé non payé** dépend du type de congé et est indiquée dans le tableau ci-dessous.

| | Invalidité de longue durée |
|---------------------------------------|---|
| Adoption | Durée du congé |
| Perfectionnement professionnel | Jusqu'à 12 mois |
| Garde d'enfants | Durée du congé |
| Régime de salaire différé | Jusqu'à 12 mois |
| Études | Jusqu'à 12 mois |
| Lancement d'une entreprise | Jusqu'à 12 mois |
| Général | Jusqu'à 12 mois |
| Maternité | Durée du congé |
| Nomination/Élection | Le maintien de la protection n'est pas permis |
| Maladie | Durée du congé avant l'approbation de l'ILD |
| Été de congé | Jusqu'à 2 mois |

Mise en disponibilité ou Cessation d'emploi

L'employé qui a été mis à pied, licencié ou qui a mis fin à son propre emploi ne peut plus participer au régime d'ILD.

Contacts

Croix Bleue Medavie (administrateur des réclamations / assureur)

Communiquez avec le centre de service à la clientèle de Croix Bleue Medavie pour les demandes de renseignements sur les réclamations ayant trait :

- ◆ à l'évaluation de la demande;
- ◆ aux versements de la prestation;
- ◆ à la procédure d'appel de la demande de la prestation d'ILD; et
- ◆ au programme de réadaptation et de retour progressif au travail.

Téléphone : 1-877-347-5055 (région de l'Atlantique)
Courriel : inquiry@medavie.bluecross.ca
Site Web : <https://www.medaviebc.ca/fr/>

Vestcor (administrateur du régime) ou l'employeur

Communiquer avec l'équipe de services aux membres de Vestcor ou votre employeur pour les demandes de renseignements concernant :

- ◆ l'admissibilité;
- ◆ le paiement des primes;
- ◆ l'exonération des primes; et
- ◆ le maintien de la couverture durant les interruptions d'emploi.

Téléphone : 506-453-2296 (région de Fredericton) ou 1-800-561-4012 (sans frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : <https://vestcor.org/avantages sociaux>

Demandes et formulaires

REMARQUE: Tous les formulaires énumérés ci-dessous sont disponibles sur le site Web de Vestcor (www.vestcor.org/fr/avantages-sociaux/).

Admissibilité et adhésion

[Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs](#)

[Fiche d'adhésion à l'ILD pour infirmiers et infirmières des foyers de soins du N.-B.](#)

Invalidité de longue durée et Exonération des primes

[Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations](#)

[Déclaration de l'employé – Demande d'avantages sociaux](#)

[Déclaration de l'employeur – Demande d'avantages sociaux de l'employé](#)

Interruption de l'emploi

[Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité](#)

[Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé pour les infirmières employées dans les foyers de soins et les employés de Travail Sécuritaire NB.](#)

Annexe A: Définitions

| | |
|-----------------------------------|--|
| Au travail de façon active | L'exécution active d'un travail pour l'employeur par lequel l'employé se présente à son lieu de travail habituel (ou tout autre lieu où l'employeur lui demande de se rendre) et est physiquement et mentalement apte à accomplir les tâches régulièrement requises dans le cadre de son occupation habituelle (ou tout autre travail que l'employeur peut lui attribuer temporairement). Cet employé est également considéré comme travaillant activement les fins de semaine, les jours fériés, pendant les vacances et les congés prolongés. |
| Salaire brut | Le salaire mensuel brut <u>comprend</u> la rémunération intérimaire, les augmentations pour études, l'allocation de responsabilité et l'allocation pénologique, <u>mais exclut</u> les heures supplémentaires, l'allocation vestimentaire, la disponibilité/le rappel, l'allocation de transport, les primes de travail par quarts, les paiements de salaire rétroactifs et tous les autres paiements ou allocations. |
| Salaire net | Salaire moins les impôts sur le revenu fédéral et provincial seulement. |
| Occupation habituelle | L'occupation normale exercée par l'employé au moment où il est devenu invalide en raison de la condition qui l'a empêché de travailler et qui a conduit à une demande de prestations dans le cadre du régime d'ILD. |
| Salaire avant l'invalidité | Salaire mensuel brut de l'employé versé par l'employeur immédiatement avant la date de début de l'invalidité totale. |
| Période d'attente | Une période initiale d'invalidité totale avant que la prestation ne devienne payable. Si un employé cesse d'être totalement invalide au cours de cette période de quatre (4) mois et redevient totalement invalide dans un délai d'un mois pour la même cause, la période d'attente est prolongée du nombre de jours pendant lesquels l'invalidité totale a cessé. |
| Revenu de réadaptation | Revenu que l'employé perçoit pour le travail effectué dans le cadre d'un programme de réadaptation, y compris en tant que travailleur autonome. |
| Programme de réadaptation | Plan de formation ou d'activité professionnelle recommandé ou approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM), conçu pour aider un employé handicapé à réintégrer le marché du travail. |
| Salaire | Le salaire mensuel brut <u>comprend</u> la rémunération intérimaire, les augmentations pour études, l'allocation de responsabilité et l'allocation pénologique, <u>mais exclut</u> les heures supplémentaires, l'allocation vestimentaire, la disponibilité/le rappel, l'allocation de transport, les primes de travail par quarts, les paiements de salaire rétroactifs et tous les autres paiements ou allocations. |
| Travail Sécuritaire NB | <p>Travail Sécuritaire NB est une société d'État chargée de veiller à la mise en œuvre et à l'application des quatre parties de législation suivantes au nom des travailleurs et des employeurs de la province :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la <i>Loi sur la commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail</i>; • la <i>Loi sur les accidents du travail</i>; • la <i>Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail</i>; • la <i>Loi sur l'indemnisation des pompiers</i>. <p>Pour plus d'information, visitez le site Web de Travail Sécuritaire NB : https://www.travailsecuritairenb.ca</p> |

Annexe B: Liste de contrôle de la demande



La liste de contrôle suivante vous aidera à présenter votre demande de prestations d'ILD et à demander une exonération des primes.

****IMPORTANT**** Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande, il est de votre responsabilité de vous assurer que vous avez bien suivi les étapes suivantes avant d'envoyer vos formulaires.



J'ai lu la section [Admissibilité à la prestation d'ILD](#) afin de vérifier mon admissibilité à présenter une demande de prestation.

Si vous n'êtes pas sûr de votre admissibilité ou si vous avez des questions, contactez votre employeur ou l'équipe des services aux membres de Vestcor.



J'ai répondu à toutes les questions de la [déclaration de l'employé](#) et joint une copie de mon certificat de naissance.



J'ai joint la [déclaration du médecin traitant](#).



J'ai rempli toutes les sections dans leur intégralité.



J'ai continué à payer mes primes par retenues salariales pendant mon congé payé (le cas échéant).



J'ai rempli le formulaire [Maintien de la protection des avantages sociaux - Congé non payé/Mise en disponibilité](#) pour les avantages que je veux continuer pendant mon congé non payé (le cas échéant) et je l'ai envoyé à l'administrateur du régime (Vestcor) et/ou à mon employeur, accompagné de chèques ou de mandats postaux postdatés, dans les 60 jours civils suivant la date à laquelle mon congé non payé a commencé.

****IMPORTANT**** Si ce délai n'est pas respecté, votre formulaire et vos chèques peuvent vous être retournés et vous ne serez pas admissible aux prestations d'ILD et l'exonération des primes.

Annexe C: Guide de demande de la prestation ILD pour les employés

Notes importantes pour remplir la déclaration de l'employé



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 : Vestcor
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 Medavie Croix Bleue)

N'oubliez pas de remplir cette section si vous continuez votre couverture pendant votre période d'attente.

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 relié 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

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.) _____

Incluez les détails supplémentaires concernant votre demande. Plus vous fournirez d'informations, plus vous aurez des chances de réduire les retards causés par les demandes d'informations complémentaires.

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 prestation.

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 : _____

Facultatif

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 parrainé 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.

Signature de l'employé : _____ Date: _____

Adresse et code postal : _____

_____ N° de tél. : _____

Obligatoire

Notes importantes pour remplir la déclaration du médecin traitant

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



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE PRESTATIONS

- PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)
- MAINTIEN DES GARANTIES PENDANT L'INVALIDITÉ (EXONÉRATION DES PRIMES)

DIRECTIVES :

1. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie
2. La partie I du formulaire doit être remplie par le patient
3. Le reste du formulaire doit être rempli par le médecin
4. Les frais associés à l'obtention des renseignements figurant sur ce formulaire sont à la charge du patient

******VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE TOUTES LES NOTES CLINIQUES ET DE TOUS LES RÉSULTATS D'ANALYSE, RAPPORTS DE CONSULTATIONS ET SOMMAIRES DU CONGÉ DE L'HÔPITAL******

L'employé doit d'abord remplir cette section, puis remettre le formulaire au médecin pour qu'il le complète.

PARTIE I : AUTORISATION DU PATIENT (permettant à votre médecin de remplir et de soumettre le présent formulaire)

Nom : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Nom de famille Prénom Initiales

Numéro d'assurance sociale : _____

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement demandé par mon assureur ou ses agents.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

PARTIE II : HISTORIQUE DU(DES) TROUBLE(S) DE SANTÉ ACTUEL(S)

1. Si le trouble de santé est lié à une grossesse, veuillez indiquer la date d'accouchement ou la date prévue d'accouchement (JJ/MM/AAAA) : _____ (joindre les notes cliniques prénatales)

2. Le trouble de santé est-il lié à une blessure ou à une maladie découlant de l'emploi du patient? Oui Non Ne sais pas
Les formulaires de Travail sécuritaire NB ont-ils été remplis? Oui Non Ne sais pas

3. a) Diagnostic primaire : _____ Échelle : DSM () Grade ()
Catégorie () Stade ()

b) Diagnostic secondaire : _____ Échelle : DSM () Grade ()
Catégorie () Stade ()

c) Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois ou à laquelle l'accident est survenu (JJ/MM/AAAA) : _____

d) Date de l'examen initial pour le trouble de santé (JJ/MM/AAAA) : _____

e) Date à partir de laquelle le patient a été incapable de travailler (JJ/MM/AAAA) : _____

f) Symptômes (précisez la gravité et la fréquence) : _____

g) Quels aspects du trouble de santé influent sur la capacité du patient à travailler? _____

PARTIE III : FACTEURS AYANT UNE INCIDENCE SUR LE RÉTABLISSEMENT

Dépendance _____ Antécédents familiaux du trouble de santé actuel _____

Alimentation _____ Mensurations actuelles : Taille : _____ Poids : _____
Côté de la main dominante : _____

Milieu de travail _____ Antécédents médicaux antérieurs _____

Milieu domiciliaire _____

Problèmes sociaux et familiaux _____

Le patient a-t-il déjà souffert d'un trouble de santé semblable? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer la date de l'apparition initiale du trouble de santé : _____

Nom du patient : _____

PARTIE IV : PLAN DE GESTION DU TROUBLE DE SANTÉ ACTUEL

| | | | COMMENCEMENT | | |
|--|-----------|----------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | JJ | MM | AAAA |
| Date(s) de l'hospitalisation – joindre le sommaire de l'admission et du congé de l'hôpital | | | | | |
| Date(s) de la chirurgie et type de chirurgie – joindre le(s) rapport(s) de chirurgie | | | | | |
| Nom du médicament | Posologie | Date de l'ordonnance | | | |
| | | | Arrêté? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | | | Arrêté? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | | | Arrêté? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Spécialiste | Nom | Spécialité | JJ | MM | AAAA |
| Analyses supplémentaires prévues | | | | | |
| Thérapeute | | | | | |
| Autre | | | | | |

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

PARTIE V : TROUBLE CARDIAQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. Résultats cliniques :

Douleur thoracique Syncope Fatigue Dyspnée causée par la congestion vasculaire ou l'hypoxie Psychophysiologie

Lectures de la tension artérielle (au moins trois) au moment de l'apparition du trouble de santé actuel : _____

Autre, veuillez préciser : _____

2. Restrictions et limitations

Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie) :

Niveau 1 (aucune limitation) Niveau 2 (limitations légères) Niveau 3 (limitations modérées) Niveau 4 (limitations graves)

3. Analyses de laboratoire/tests diagnostiques (joindre une copie de tous les résultats pertinents)

Ces informations sont essentielles à l'évaluation la demande de prestation. Si ces rapports existent et ne sont pas joints à la demande initiale, l'évaluation de votre demande sera retardée.

PARTIE VI : TROUBLE PSYCHIATRIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. **Diagnostic (Veuillez utiliser les critères du DSM IV)**

| Axe | Données à l'appui |
|---------|--|
| Axe I | Veuillez décrire les symptômes (gravité et fréquence) et indiquer les résultats des examens médicaux ou psychologiques qui soutiennent chaque axe de votre diagnostic. |
| Axe II | |
| Axe III | |
| Axe IV | |
| Axe V | |

Axe V Score actuel sur l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) _____

Score le plus élevé sur l'EGF au cours de la dernière année _____

Score le plus bas sur l'EGF au cours de la dernière année _____

2. Avez-vous recommandé votre patient à un :

Psychologue? Oui Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJMM/AAAA): _____ Objectif : _____

Psychiatre? Oui Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJMM/AAAA): _____ Objectif : _____

Nom du patient : _____

PARTIE VII : TROUBLE MUSCULOSQUELETTIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. Symptômes (précisez la gravité et la fréquence) :

Zone : Cervicale Thoracique Lombo-sacrée Autre _____

Type : Rigidité Paresthésie Amplitude des mouvements réduite Spasmes musculaires

2. Résultats cliniques (joindre une copie des radiographies, des résultats du tomodensitogramme ou de l'IRM, des analyses sanguines, etc.) :

Déficits neurologiques : Force Oui Non Si oui, à quel degré : _____
Perte sensorielle Oui Non Si oui, à quel degré : _____
Réflexes Oui Non Si oui, à quel degré : _____

PARTIE VIII : RESTRICTIONS ET LIMITATIONS – À REMPLIR SI APPLICABLES

Capacité fonctionnelle (durée en heures) :

Position assise 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Position debout : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Marche : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Quels facteurs particuliers influent sur la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher, s'il y a lieu? _____

Quels appareils pourraient améliorer la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher? _____

| | Moins de 5 kg/10 lb | Plus de 5 kg/10 lb | Moins de 5 kg/10 lb | Plus de 5 kg/10 lb | Moins de 5 kg/10 lb | Plus de 5 kg/10 lb | Moins de 5 kg/10 lb | Plus de 5 kg/10 lb | Le patient est en mesure de : | Fréquence / Durée | Le patient est en mesure de : | Fréquence / Durée |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|---|-------------------|
| Soulever/ transporter | <input type="checkbox"/> | Conduire | | S'agenouiller/flexir ses genoux | |
| | <input type="checkbox"/> | S'accroupir | | Monter les escaliers | |
| | <input type="checkbox"/> | Maintenir son équilibre | | Lever ses bras à la hauteur des épaules | |
| Pousser/ tirer | <input type="checkbox"/> | Se pencher/se baisser | | Lever ses bras au-dessus des épaules | |
| | <input type="checkbox"/> | Faire une torsion | | Lever ses bras au-dessus des épaules | |

PARTIE IX : À REMPLIR POUR TOUS LES TROUBLES DE SANTÉ – DURÉE PRÉVUE DU RÉTABLISSEMENT/PLANIFICATION DE LA RÉADAPTATION

Progrès du patient : Aucun Régression Amélioration minimale Amélioration importante Plateau

Pronostic de résolution : Mauvais Bon

Durée prévue de la période de rétablissement : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour une réadaptation médicale ou fonctionnelle (c.-à-d. programme de conditionnement, services de consultation, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour un programme de retour au travail (c.-à-d. dans le cadre d'un retour avec tâches modifiées ou d'un retour au travail graduel, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer la durée, veuillez effectuer un suivi dans _____ semaines ou _____ mois.

Quelles sont les mesures prises (ou devant être prises) sur le plan des aspects suivants pour aider votre patient à réintégrer un mode de vie productif (cochez toutes les cases qui s'appliquent)?

Conditionnement physique Gestion du stress/capacité d'adaptation Renforcement de la confiance en soi sur le plan social

Orientation professionnelle Autre _____

Veuillez indiquer tout renseignement ou détail supplémentaire qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la capacité du patient à se rétablir de son trouble de santé : _____

PARTIE X : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____

Remplir le présent formulaire et le retourner à : Croix Bleue Medavie
644, rue Main, C.P. 220, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3
Numéro sans frais au Canada : 1-877-347-5055 Téléc. : 1-800-644-1722 Disability@medavie.bluecross.ca

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