

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTABLISSEMENT

L'établissement où le traitement a lieu, doit être spécialisé et reconnu dans le traitement de l'alcoolisme, d'une autre toxicomanie ou pour joueur pathologique par la Commission de la construction du Québec (En séjour interne ou externe de jour).

ÉTAPES À SUIVRE PAR LE SALARIÉ

POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME, D'UNE AUTRE TOXICOMANIE OU POUR JOUEUR PATHOLOGIQUE. (13)

Chacune des sections de la "Demande de prestations pour frais de traitement" doit être dûment remplie, signée et datée par le salarié et les autres personnes concernées.

POUR RECEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (14)

- Remplir la "Déclaration du salarié"

- Chacune des sections concernant la "Déclaration du salarié" doit être dûment remplie, signée et datée par le salarié.

- Obtenir la « Déclaration de l'assurance emploi »

L'assurance-emploi est le premier payeur en cas d'invalidité.

- Pour avoir droit à des prestations de votre régime d'assurance salaire, il est nécessaire que vous déposiez au préalable une demande d'assurance emploi en prestations de maladie. Pour ce faire, allez au www.servicecanada.gc.ca et déposez votre demande en ligne. Si vous n'avez pas accès à internet, présentez-vous dans un Centre Service Canada.
- Faites remplir la « Déclaration de l'assurance-emploi » par un agent autorisé de Service Canada.

OBTENIR LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Chacune des sections de la "Déclaration du médecin traitant" doit être dûment remplie, signée et datée par le médecin traitant, celui-ci doit être membre de la Corporation professionnelle des médecins.

TRANSMETTRE VOTRE DOSSIER

Pour accélérer l'étude du dossier, veuillez écrire lisiblement et nous faire parvenir l'original de votre demande. Il est nécessaire que toutes parties de ce formulaire soient dûment remplies et signées par les personnes concernées et acheminées à la Commission de la construction du Québec le plus tôt possible à :



COMMISSION
DE LA CONSTRUCTION
DU QUÉBEC

Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case Postale 2515
Succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7

Nous pourrions donner suite à cette demande seulement si vous nous avez fourni toutes les informations requises au traitement de votre demande.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Pour plus de renseignements sur le Programme de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et du joueur pathologique dans l'industrie de la construction, communiquez avec votre association représentative, ou pour tout autre renseignement, communiquez avec votre bureau régional de la Commission de la construction du Québec.

1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ (Écrire en lettres moulées)		N° D'ASSURANCE SOCIALE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	_____
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT	VILLE	DATE DE NAISSANCE
COMTÉ, PROVINCE	CODE POSTAL	Année Mois Jour
ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
		Ind. rég. _____

2 IDENTIFICATION DU PATIENT SI AUTRE QUE LE SALARIÉ		DATE DE NAISSANCE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	_____
IMPORTANT ► SI L'ENFANT A 18 ANS ET PLUS, JOINDRE UNE ATTESTATION D'ÉTUDES À PLEIN TEMPS, POUR LA PÉRIODE DES FRAIS ENCOURUS.		Année Mois Jour
		CONJOINT 1
		ENFANT 2 _____

3 AUTORISATION	
IMPORTANT ► J'AUTORISE LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) À VERSER LES FRAIS ASSURÉS QUI ME SERAIENT DUS EN VERTU DE LA PRÉSENTE DEMANDE DIRECTEMENT À : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____ N.B. SI AUCUN ÉTABLISSEMENT N'EST IDENTIFIÉ, JOINDRE L'ORIGINAL DE VOTRE REÇU.	
J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) TOUS LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PRÉSENTE DEMANDE. JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS À L'APPUI DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS.	
SIGNATURE DU SALARIÉ : _____	DATE : _____ Année Mois Jour
SIGNATURE DU PATIENT : _____ (SI AUTRE QUE LE SALARIÉ)	DATE : _____ Année Mois Jour

4 DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT (Écrire en lettres moulées)	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE TÉLÉPHONE
ADRESSE	VILLE
DURÉE DU TRAITEMENT : DU _____ AU _____	COÛT DU TRAITEMENT : \$ _____
Année Mois Jour	Année Mois Jour
PERSONNE RESPONSABLE À CONTACTER	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)
TITRE	N° DE TÉLÉPHONE
	Ind. rég. _____
ATTENTION ► POUR PAIEMENT DIRECT, VÉRIFIER AVEC LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) SI LE SALARIÉ EST ADMISSIBLE. JOINDRE L'ORIGINAL DE VOTRE FACTURE.	

5 DÉCLARATION DU MÉDECIN	
LA PARTIE "DÉCLARATION DU MÉDECIN" DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN MEMBRE DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS.	
ALCOOLISME <input type="checkbox"/>	AUTRE TOXICOMANIE <input type="checkbox"/> SPÉCIFIEZ : _____
DIAGNOSTIC : _____	JOUEUR PATHOLOGIQUE <input type="checkbox"/>
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN SÉJOUR INTERNE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	DE _____
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE JOUR? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT : À _____ HEURES
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT ORDONNÉ PAR UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____	

6 IDENTIFICATION DU MÉDECIN (Écrire en lettres moulées)	
NOM DU MÉDECIN	ADRESSE
OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ : _____	N° DE TÉLÉPHONE
SIGNATURE DU MÉDECIN	CODE POSTAL
année mois jour	NO DE PERMIS

1

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ DATE DE NAISSANCE _____
OCCUPATION _____ Année Mois Jour

2

DIAGNOSTIC

1- DIAGNOSTIC : ALCOOLISME AUTRE TOXICOMANIE SPÉCIFIEZ : _____
JOUEUR PATHOLOGIQUE _____
2- AUTRES DIAGNOSTICS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ :
A- QUAND LES SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS? _____
Année Mois Jour
B- LE PATIENT A-T-IL SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI NON DANS L'affirmative, DATE ET PRÉCISIONS : _____
Année Mois Jour

3

TRAITEMENT

1- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU VOTRE PATIENT SUIT OU SUIVRA UN TRAITEMENT _____ N° DE TÉLÉPHONE _____
2- ADRESSE _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____
3- POUR FIN DE VÉRIFICATION LE NOM D'UNE PERSONNE À REJOINDRE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT _____ N° DE TÉLÉPHONE _____
TITRE _____ Ind. rég. _____
4- A- DURÉE PROBABLE DU TRAITEMENT : _____
Année Mois Jour
B- DATE D'ADMISSION À CET ÉTABLISSEMENT : _____
Année Mois Jour
C- DATE DE SORTIE : _____
Année Mois Jour
D- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN SÉJOUR INTERNE? OUI NON
E- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE JOUR? OUI NON SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT : DE _____ HRS AM PM
À _____ HRS AM PM
F- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT ORDONNÉ PAR JUGEMENT D'UN TRIBUNAL? OUI NON
5- S'IL Y A EU INTERVENTION CHIRURGICALE, LA DÉCRIRE (NATURE) : _____
6- MÉDICATION PRESCRITE : _____
7- DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____
8- Y A-T-IL DES TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES? _____
9- LE CAS ÉCHÉANT, NOM DU MÉDECIN QUI VOUS A CONFIE LE PATIENT : _____
10- DATE DE LA PREMIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ : _____
Année Mois Jour
11- DATE DE LA DERNIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ : _____
Année Mois Jour
12- TRAITEZ-VOUS CE PATIENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ? OUI NON DANS L'affirmative, VISITES : HEBDOMADAIRES MENSUELLES AUTRE FRÉQUENCES
DANS LA NÉGATIVE, PRÉCISEZ : _____
REMARQUES : _____

4

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

(Écrire en lettres mouluées)

NOM DU MÉDECIN _____ ADRESSE _____ N° DE TÉLÉPHONE _____
CODE POSTAL _____
OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ : _____
SIGNATURE DU MÉDECIN _____ année mois jour N° DE PERMIS _____

**EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE
LE PLUS TÔT POSSIBLE À :**



**COMMISSION
DE LA CONSTRUCTION
DU QUÉBEC**

Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case Postale 2515
Succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7

Ce document est disponible en média adapté sur demande.