

DIRECTEUR MÉDICAL VIRTUEL

Autorisation de l'employé(e)

**MES DOSSIERS MÉDICAUX SONT SITUÉS /
NOMS ET COORDONNÉES DES MÉDECINS :**

457 Chemin du Bord-du-Lac
Dorval, QC, H9S 2A9
T 1.877.37.EXTRA (373.9872)
F 514.526.4521
C advocate@medextra.com
W <https://medextra.com/fr/portail/>

NOM	
ADRESSE	
DATE DE NAISSANCE	
No D'ASSURANCE MALADIE	

Le rôle de MedExtra dans la prestation du programme de directeur médical est de clarifier et de comprendre votre état de santé, et d'évaluer l'impact potentiel de ce problème de santé sur votre aptitude au travail et sur la planification de votre retour au travail. Les informations concernant le diagnostic et le traitement ne seront pas transmises à votre employeur.

AUTORISATION DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e) consens à la communication et à l'échange d'informations orales, écrites et électroniques concernant mes renseignements personnels et mon état de santé entre MedExtra et tout praticien de soins de santé ou médecin autorisé qui possède des dossiers ou des rapports relatifs à mon absentéisme/ma santé/ma réhabilitation actuel, et tout évaluateur indépendant, fournisseur de services, agent et consultant travaillant avec MedExtra, y compris le payeur de ma prestation d'invalidité de longue durée.

L'objectif de ce consentement et de l'échange d'informations est d'évaluer le pronostic de retour au travail, mes invalidités, mes capacités et mes limitations en matière de retour au travail, ainsi que tout accommodement en milieu de travail.

Ce consentement concerne l'orientation actuelle vers MedExtra pour des services et peut inclure les résultats de consultations ou d'évaluations obtenues pendant la période où j'ai été absent du travail. MedExtra peut faire appel aux services d'un évaluateur ou d'un fournisseur de services indépendant pour l'aider dans cette détermination.

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

Une photocopie ou un fac-similé de cette autorisation est aussi valable que l'original. Cette autorisation est valable aux fins énoncées dans le présent document. Elle peut être retirée à tout moment par avis écrit à MedExtra.

Signée le (date) :	à (ville) :
Par (nom en lettres moulées) :	
Signature :	