

Lignes directrices concernant le traitement des réclamations et le règlement des différends en cas d'invalidité

Lettre d'entente du 27 novembre 2020

- CONSIDÉRANT L'article des conventions collectives portant sur les assurances collectives (la clause réseau) et le contrat d'assurance invalidité no 2536 entre l'Université du Québec et Desjardins Assurances;
- CONSIDÉRANT Les préoccupations du CIRRAC (soit le Cartel intersyndical sur le régime de retraite et les assurances collectives) concernant le processus de traitement des réclamations, la procédure de traitement des plaintes et de règlement des différends, et le rôle du médecin traitant dans la détermination des limitations fonctionnelles et des modalités de retour au travail;
- CONSIDÉRANT La présentation des responsables de Desjardins Assurances à la rencontre de la Table réseau de négociation du 20 février 2019 et les renseignements additionnels obtenus par la suite;
- CONSIDÉRANT Les recommandations contenues dans le rapport publié en mars 2019 par l'Autorité des marchés financiers (AMF) quant au traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective et le Plan d'action de Desjardins en réponse au rapport de l'AMF;
- CONSIDÉRANT La volonté des parties de consigner par écrit les règles applicables concernant le traitement des réclamations et le règlement des différends en cas d'invalidité et de prévoir des mesures spécifiques afin d'assurer une gestion équitable des dossiers d'invalidité dans chacun des établissements de l'Université du Québec, dans le respect des droits fondamentaux et de la capacité des employés en état d'invalidité;
- CONSIDÉRANT Les échanges entre la partie patronale et Desjardins Assurances afin de valider les précisions et améliorations à apporter aux pratiques actuelles compte tenu des contraintes en lien avec la gestion des dossiers d'invalidité par l'assureur;
- CONSIDÉRANT Les travaux en cours à la Table réseau de négociation quant aux procédures relatives à la gestion de l'invalidité et aux responsabilités de l'Université envers l'adhérent;
- CONSIDÉRANT Les discussions entre les parties et l'accord intervenu le 29 octobre 2020 entre les porte-parole à la Table réseau.

LES PARTIES CONVIENNENT :

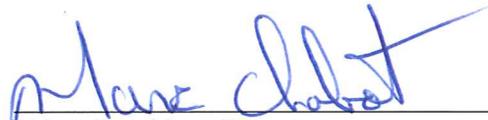
- D'adopter les Lignes directrices concernant le traitement des réclamations et le règlement des différends en cas d'invalidité selon les termes du document ci-joint.
- De demander à la Direction des ressources humaines de chacun des établissements de l'Université du Québec de veiller à l'application des Lignes directrices (...) et de prendre les mesures nécessaires pour informer les employés des différentes étapes du processus entourant une absence pour invalidité.

Signé le 27 novembre 2020



Monsieur Simon LeBrun
Porte-parole patronal

Signé le



Monsieur Marc Chabot
Porte-parole syndical

Lignes directrices concernant le traitement des réclamations et le règlement des différends en cas d'invalidité

Ce document présente aux employés du réseau de l'Université du Québec assurés avec Desjardins Assurances (numéro de contrat 2536) les différentes étapes du processus entourant une absence pour invalidité.

Il comporte trois grandes sections : « Au début d'une invalidité », « Pendant l'invalidité » et « Lors du retour au travail ». Il est aussi indiqué à la fin de ce document qui contacter pour toute question ou tout renseignement en lien avec l'invalidité.

Au début d'une invalidité

Qu'arrive-t-il lors d'une absence maladie ?

Pour chaque période d'absence justifiée par un certificat médical comprenant le diagnostic et la durée, le délai de carence avant le paiement de prestations d'invalidité par Desjardins Assurances est de 28 jours de calendrier au cours desquels l'employeur continue de verser votre salaire selon les modalités prévues aux différentes conventions collectives.

Si mon congé de maladie se poursuit après ces 28 jours, de quelle façon peut-on acheminer une demande de prestations d'invalidité à l'assureur?

En remettant votre certificat médical, vous recevrez du Service des ressources humaines un document que vous devrez compléter « Demande de prestation de courte durée » et un autre document qui devra être complété par votre médecin traitant « Demande initiale ».

Par la suite, la personne responsable du Service des ressources humaines complètera la section réservée à l'employeur et fera parvenir tous les documents à l'assureur via un site sécurisé.

Quel est le délai pour obtenir une réponse de l'assureur ?

La majorité des cas sont traités entre 5 et 10 jours ouvrables.

Après la réception de tous les documents dûment complétés par vous, votre Service des ressources humaines ainsi que votre médecin traitant, un chargé de dossier représentant l'assureur vous contactera au cours des jours suivants la réception des documents.

Il est important de souligner qu'il peut arriver que toute l'information pertinente n'ait pas été fournie par vous ou par votre médecin traitant. Dans ce cas, de l'information additionnelle pourra être demandée par l'assureur afin de compléter adéquatement l'étude de votre demande.

Ai-je l'obligation de parler au chargé de dossier de l'assureur pour que ma demande soit acceptée ?

Non, ce n'est pas obligatoire, mais l'évaluation faite par le chargé de dossier sera plus rapide et complète si tous les éléments pertinents d'information sont réunis.

Il est généralement indiqué dans les meilleures pratiques en gestion de l'invalidité de collaborer avec le chargé de dossier afin de s'assurer du suivi optimal du traitement de la demande. Par ailleurs, l'assureur souhaite vous fournir le meilleur soutien possible durant votre absence et lors de votre retour au travail, en vous donnant notamment accès à des ressources qui contribueront à votre rétablissement.

Quel type d'information me concernant sera transmise à mon employeur ?

Les chargés de dossiers et autres intervenants de Desjardins Assurances adhèrent à un code d'éthique et à la politique de cette dernière en matière de gestion et de protection des renseignements personnels. De plus, Desjardins Assurances doit se conformer aux lois provinciales et fédérales qui protègent la confidentialité des renseignements personnels. Le formulaire « Demande de prestations d'assurance invalidité ou d'exonération des primes – Déclaration de l'employé » que vous signerez contient une autorisation qui permettra à Desjardins Assurances de recueillir des renseignements qui sont liés directement à votre absence.

L'assureur communiquera uniquement des renseignements généraux qui ne sont pas de nature médicale à votre employeur tels que :

- Votre admissibilité à des prestations;
- Le pronostic de retour au travail et le plan de votre retour au travail;
- Les renseignements qui lui permettront de prendre des mesures relativement à votre retour au travail, telles que des limitations fonctionnelles, le cas échéant.

Est-il possible d'avoir accès à une copie de mon dossier chez l'assureur ?

Oui. Sur demande écrite adressée à l'assureur, l'employé a le droit de recevoir une copie de son dossier en conformité avec les lois en vigueur pour l'accès à l'information.

Qu'arrive-t-il si ma demande de prestations est refusée ?

Si votre demande initiale est refusée, les motifs du refus vous seront expliqués de façon détaillée verbalement et par écrit, de même que les directives relatives au processus de contestation. N'hésitez pas à communiquer avec votre chargé de dossier chez l'assureur afin d'obtenir de l'information quant aux motifs énoncés. Son nom est inscrit sur la lettre que vous avez reçue. Au moment de l'appel, prenez des notes.

Si vous souhaitez contester cette décision, vous devrez aviser votre chargé de dossier. Ce dernier doit alors vous acheminer un accusé de réception dans les 5 jours ouvrables et ensuite référer le dossier à son chef d'équipe pour une révision de la décision. Si la décision est maintenue et que vous souhaitez contester, le chargé de dossier doit vous acheminer un accusé de réception et référer le dossier à la directrice de section qui révisé le dossier et rend la décision.

Si la décision est maintenue à nouveau et que vous souhaitez en appeler, vous pourrez alors adresser une plainte. Les informations sur le traitement des plaintes et sur le règlement des différends sont fournies avec l'accusé de réception de la plainte par le Bureau de l'Officier du Règlement des différends. Le processus général de plaintes est présenté en annexe.

Pendant l'invalidité

À quelle fréquence doit-on fournir des renseignements médicaux à l'assureur ?

Il n'y a pas de fréquence fixe, l'assureur vous demandera des mises à jour périodiques en fonction de votre état de santé. Vous serez informé d'avance de la période couverte et des renseignements à fournir. Si vous êtes dans l'impossibilité de transmettre ces renseignements, il est recommandé d'en aviser l'assureur afin que le versement de vos prestations ne soit pas interrompu, l'assureur n'ayant pas eu de retour à la suite de sa demande.

Dans quelles circonstances un rapport médical supplémentaire est-il demandé par l'assureur ?

Si une date de retour au travail est confirmée, aucun rapport supplémentaire n'est demandé.

Toutefois, selon l'évaluation personnalisée qui est faite dans chaque dossier et notamment lors d'une invalidité de nature psychologique, un rapport supplémentaire pourra être demandé.

Il n'y a pas de fréquence fixe, l'assureur vous demandera des mises à jour périodiques en fonction de votre état de santé. Vous serez informé d'avance de la période couverte et des renseignements à fournir. Si vous êtes dans l'impossibilité de transmettre ces renseignements, il est recommandé d'en aviser l'assureur afin que le versement de vos prestations ne soit pas interrompu, l'assureur n'ayant pas eu de retour à la suite de sa demande.

Est-il possible qu'on me demande une évaluation médicale indépendante ou un autre type d'évaluation ?

Oui. En fonction de l'évolution de votre état de santé, Desjardins Assurances pourrait juger pertinent d'obtenir l'opinion d'un médecin spécialiste pour clarifier votre diagnostic, obtenir des recommandations thérapeutiques et préciser vos limitations fonctionnelles. Desjardins Assurances pourrait également demander l'opinion d'un autre professionnel. À titre d'exemple : une évaluation de vos capacités fonctionnelles, une évaluation de vos capacités cognitives, une évaluation des exigences de votre emploi, etc.

Qu'arrive-t-il si mes prestations cessent d'être versées par l'assureur ?

Si vos prestations cessent d'être versées parce que vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale (voir à la fin du présent document) ou encore si l'assureur n'a pas reçu tous les documents demandés ou si vous ne collaborez pas à votre plan de traitement, vous recevrez l'explication détaillée verbalement et par écrit vous énonçant les motifs de la fin de paiement. De plus, les directives relatives au processus de contestation s'appliquent. Pour plus d'information, le processus général de plaintes est présenté en annexe.

N'hésitez pas à communiquer avec votre chargé de dossier chez l'assureur afin d'obtenir de l'information sur les motifs de la décision rendue. Son nom est inscrit sur la lettre que vous avez reçue.

De quelle façon s'effectuera la planification de mon retour au travail ?

La planification de votre retour au travail débutera dès le premier jour de votre invalidité et sera déterminée en collaboration avec vous, votre employeur et votre médecin traitant. Votre retour

au travail se fera uniquement lorsque votre médecin traitant l'autorisera. En fait, Desjardins Assurances veillera, dès la réception de votre demande et tout au long de l'évolution de votre absence, à ce que vous puissiez avoir accès aux ressources appropriées pour votre rétablissement à la santé. Il évaluera vos besoins en prévision de votre retour au travail lorsque votre condition le permettra. La planification est la clé du succès et l'assureur vous accompagnera tout au long de ce processus.

Lors du retour au travail

Quelles sont les normes encadrant un retour progressif ?

Le retour progressif a généralement pour but de faciliter l'intégration de l'employé après une longue absence pour invalidité. Bien que les règles entourant ce type de retour ne soient pas prévues de façon contractuelle, le retour progressif est de plus en plus fréquent et recommandé par les médecins.

En effet, l'expérience démontre que lorsque médicalement recommandée et administrativement réalisable, la réintégration progressive peut favoriser un retour au travail durable suivant une période d'invalidité. La mise en place d'un programme de réintégration progressive s'effectue en partenariat avec votre employeur, votre médecin traitant et le représentant de l'assureur.

Il est évident que le retour progressif n'est pas toujours nécessaire et que chaque dossier doit être évalué individuellement par l'assureur, lequel doit approuver la demande. Les limitations fonctionnelles sont déterminées selon l'évaluation de votre médecin traitant. Une fois l'aptitude de faire certaines tâches établies selon les limitations fonctionnelles identifiées par le médecin traitant, c'est à l'assureur en collaboration avec l'employeur de déterminer la meilleure solution pour le retour progressif. L'assureur a une équipe de spécialistes mandatée pour établir un plan de retour progressif efficace et adapté à chaque situation. Par la suite, si votre médecin traitant ou l'assureur sont d'opinion contraire sur la nécessité ou les modalités du retour progressif, l'opinion de l'assureur prévaut.

Il n'y a pas de normes établies pour les modalités du retour progressif. Toutefois, les bonnes pratiques en gestion de l'invalidité recommandent une progression du retour au travail soutenue et continue ainsi que la détermination d'une date de fin du retour progressif, lequel sera d'une durée se situant généralement entre 1 et 8 semaines.

Le retour progressif est une forme de réadaptation où la clé du succès repose sur un plan personnalisé accepté par toutes les parties.

Qu'arrive-t-il si je ne peux reprendre mon travail à temps complet ou si je conserve des limitations fonctionnelles ?

Tout au long de l'arrêt de travail, Desjardins Assurances évaluera votre état d'incapacité en fonction de la définition d'invalidité totale prévue au contrat, laquelle se trouve à la fin de ce document.

De plus, l'assureur évaluera différentes possibilités d'accommodements, de vos limitations fonctionnelles et de la durée actuelle et prévue de votre invalidité.

- Tout d’abord, auprès de votre employeur actuel afin de vous permettre de réintégrer votre travail ou un travail connexe de manière régulière, soutenue et durable, en respect de vos limitations fonctionnelles temporaires ou permanentes.
- S’il n’y a aucune possibilité auprès de votre employeur actuel, mais que vous avez la capacité d’occuper un autre emploi de façon satisfaisante, l’assureur évaluera la situation avec vous et vous expliquera les différentes possibilités d’accompagnement, le cas échéant.

À quel moment se termineront mes prestations d’assurance invalidité ?

Vos prestations prendront fin lorsque vous ne serez plus totalement invalide selon le contrat ou lorsque vous aurez atteint le maximum prévu au contrat comme votre retraite ou l’atteinte de l’âge de 65 ans. Cependant si un adhérent devient totalement invalide et que cette invalidité débute après l’âge de 65 ans, les prestations seront payables pour une durée maximale de 25 semaines.

Qui puis-je contacter si j’ai des questions ou si j’ai besoin de renseignements ?

Mon questionnement	Qui contacter
1) Mon contrat d’assurance collective en général et le fonctionnement avec Desjardins Assurances	Mon employeur
2) Pour des questions d’ordre général, par exemple valider la réception d’un document, effectuer un changement d’adresse, confirmer le montant de mes prestations ainsi que la période payée ou toute autre question générale	Centre de Contact client de Desjardins Assurances 1 855 838-2585 Option 1. Protection d’assurance ou Réclamation et par la suite Option 4. (Assurance salaire)
3) Pour toute autre question spécifique à mon dossier d’invalidité ou renseignement à communiquer concernant mon invalidité	Le chargé de dossier qui aura été affecté à ma demande (cette personne vous contactera lors de la réception de votre demande)

Définition contractuelle de l’invalidité totale : « État d’incapacité résultant d’une maladie, d’un accident ou d’une grossesse qui, pendant les 24 premiers mois de prestations, empêche l’adhérent de remplir toutes et chacune des fonctions de son emploi et, après 24 mois, empêche effectivement l’adhérent d’exercer toute activité à but lucratif pouvant correspondre raisonnablement aux aptitudes des personnes ayant son éducation, sa formation et son expérience. L’incapacité doit nécessiter des soins réguliers d’un médecin, sauf dans les cas où un état stationnaire d’incapacité est attesté par un médecin ».

Annexe

Processus de plaintes chez Desjardins

Plaintes

Vous êtes insatisfait d'un produit ou d'un service? Nous en sommes désolés. N'hésitez pas à nous en faire part en suivant ces étapes.

ÉTAPE 1 – Demandez des explications

Communiquez avec la personne qui vous a offert le produit d'assurance ou de rente concerné ou avec le service à la clientèle de Desjardins Assurances.

Si vous agissez pour quelqu'un d'autre, vous devez d'abord remplir le Formulaire d'autorisation (PDF, 129 Ko).

Notre expérience démontre que vous obtiendrez probablement des réponses satisfaisantes à vos questions, comme la majorité des gens qui demandent des explications.

ÉTAPE 2 – Demandez un examen de votre insatisfaction

Si vous n'avez pas reçu de réponses satisfaisantes à l'étape précédente, vous pouvez demander une révision de votre dossier.

Communiquez avec la personne qui vous a offert le produit d'assurance ou de rente concerné ou avec le service à la clientèle de Desjardins Assurances. Votre dossier sera alors examiné par un supérieur hiérarchique de cette personne.

ÉTAPE 3 – Déposez une plainte formelle

Vous n'êtes pas d'accord avec le résultat de l'examen de votre insatisfaction? Vous pouvez déposer une plainte formelle auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Assurances.

Veillez remplir le Formulaire de plainte (PDF, 170 Ko), et l'envoyer par courriel, ou par la poste à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Vous recevrez un **accusé de réception** dans les cinq jours suivant la réception de votre plainte. Le **résultat de l'examen** de votre plainte vous sera transmis dans un délai maximal de 90 jours suivant sa réception, ou lorsque l'Officier du règlement des différends aura reçu tous les renseignements nécessaires à son examen.

Consultez notre [Directive de traitement des plaintes et règlement des différends \(PDF, 106 Ko\)](#). pour en savoir plus sur notre processus.

ÉTAPE 4 – Consultez d'autres ressources

S'il est insatisfait de l'examen de sa plainte, un client peut se faire entendre en dernier recours auprès de l'Ombudsman du Mouvement Desjardins.

Si un client n'est pas satisfait du traitement de sa plainte chez Desjardins Assurances ou au Bureau de l'Ombudsman du Mouvement, il peut demander le transfert de son dossier de plainte aux organismes suivants :

- L'Autorité des marchés financiers (au Québec);
- L'Ombudsman des assurances de personnes;
- L'Ombudsman des services bancaires et d'investissement (pour les résidents des provinces autres que le Québec et les fonds communs de placement).

Mis à jour le 29 octobre 2020