

Au médecin traitant,

Votre patient(e) vous demande de remplir un certificat médical ou un formulaire afin qu'il puisse bénéficier du maintien de son salaire dans le cadre d'une demande de prestations d'invalidité pour laquelle l'Université McGill agit à titre d'assureur<sup>1</sup>. Ainsi, cette requête n'est pas pour justifier une absence du travail.

De plus, pour soumettre une réclamation, votre patient(e) peut renoncer au secret professionnel et vous autoriser à transmettre au Service de la gestion des invalidités de l'Université les informations pertinentes confirmant son incapacité à accomplir les fonctions normales de son poste en raison d'une maladie ou d'une blessure. L'information requise est la suivante :

- Diagnostic
- Plan de traitement
- Limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic
- Date prévue de retour au travail
  - Travaux modifiés (prière d'indiquer les restrictions/limitations)
  - Retour au travail progressif (prière d'indiquer l'horaire recommandé)
  - Travail régulier

Votre patient vous remettra peut-être le formulaire « Certificat du médecin traitant » de l'Université que vous pouvez remplir. Si vous préférez utiliser un autre formulaire, veuillez vous assurer d'y noter les informations mentionnées ci-dessus pour nous permettre d'examiner la demande de votre patient et de déterminer son admissibilité.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous à [disability.hr@mcgill.ca](mailto:disability.hr@mcgill.ca)

Service de la gestion des invalidités  
Université McGill

---

To the attending physician,

Your patient is requesting that you complete a medical certificate or a form in order to qualify for salary continuance under a disability claim for which McGill University acts as the insurer<sup>1</sup>. Hence, this request is not intended to justify an absence from work.

In addition, to submit their claim, your patient may waive the physician-patient privilege and authorize you to provide the University's Disability Management Services the relevant information to confirm that they are unable to perform the normal duties of their position due to illness or injury. Please see the information required below:

- Diagnosis
- Treatment plan
- Functional limitations related to the diagnosis
- Expected return to work date
  - Modified duties (please specify the restrictions/limitations)
  - Progressive return to work (please indicate the recommended schedule)
  - Regular duties

Your patient may provide you with the University's "Attending Physician's Statement" form that you may complete. Should you prefer to use another form, please be sure to provide the above-mentioned information to enable us to review your patient's claim and determine their eligibility.

Should you have any question, please do not hesitate to contact us at [disability.hr@mcgill.ca](mailto:disability.hr@mcgill.ca)

Disability Management Services  
McGill University

---

<sup>1</sup> Certificats médicaux en cas d'arrêt de travail (en ligne), Collège des médecins du Québec <https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/reglements-obligations/certificats-medicaux-en-cas-darret-de-travail> 2025-01-01.