

# MÉDIC

## construction

**À CONSERVER**

### de Régime base (A, B, C, D)

**Vous êtes assuré pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2019**

Si vous avez actuellement la protection d'assurance médicaments offerte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez l'annuler.

#### Achat de lunettes

Vous pensez acheter une paire de lunettes à votre enfant pour la rentrée scolaire 2019-2020 ?

Vous lui en avez acheté une paire le 22 août 2018? Le prochain achat vous permettant de recevoir le montant maximum remboursable ne pourra être fait que le 23 août 2020.

N'oubliez pas que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, MÉDIC Construction prend en considération tout remboursement effectué dans les 24 mois précédant votre achat pour déterminer le montant remboursable auquel vous avez droit.

#### Pompes à insuline et lecteurs de glycémie

Pour les enfants de moins de 18 ans, le ministère de la Santé et des Services sociaux offre un programme universel d'accès aux pompes à insuline. Informez-vous auprès de votre médecin ou endocrinologue pour savoir quelles sont les démarches à effectuer pour réclamer les frais liés aux pompes à insuline.

Pour les assurés ou leurs personnes à charge de 18 ans ou plus, vous devez faire préautoriser les frais par MÉDIC Construction avant de les engager. Transmettez une estimation des coûts associés à l'achat d'une pompe à insuline sur laquelle sont indiqués les éléments suivants :

- La courbe glycémique des 3 derniers mois;
- Les 3 plus récentes lectures des données d'hémoglobine glyquée;
- La date du dernier rendez-vous avec un endocrinologue et le rapport de celui-ci;
- Toute autre information jugée pertinente.

Lorsqu'il s'agit de l'achat d'un lecteur spécifique de surveillance de la glycémie, une estimation des coûts indiquant les éléments précités doit être transmise à MÉDIC Construction avant d'effectuer l'achat, et ce, que la personne soit âgée de moins ou de plus de 18 ans.

#### Chaussures orthopédiques

Pour obtenir le remboursement de chaussures ou de bottes moulées ou fabriquées à la main, vous devrez fournir le dossier complet de l'orthésiste ainsi que la facture :

- Les étapes de fabrication sur mesure des chaussures;
- Les dates de rendez-vous à chaque étape de fabrication, ainsi que la date de livraison;
- Une photographie des chaussures livrées;
- La marque des chaussures et leur grandeur.

Nous vous suggérons grandement de transmettre une estimation des coûts à MÉDIC Construction avant d'engager les frais.

#### Médicament original ou médicament générique?

Saviez-vous que l'utilisation d'un médicament générique en remplacement d'un médicament original est une option intéressante à moindre coût?

Un médicament original est la première version d'un médicament pour lequel beaucoup de recherche et développement ont été effectués. Ce médicament est breveté. Lors de l'expiration du brevet, d'autres entreprises pharmaceutiques peuvent développer à moindre coût un médicament appelé générique. Approuvé par Santé Canada, un médicament générique est réputé contenir les mêmes ingrédients actifs que le médicament d'origine et satisfaire aux mêmes normes de qualité et d'efficacité.

Vous prenez présentement un médicament original? Demandez à votre médecin ou à votre pharmacien si un médicament générique existe et s'il convient à votre condition médicale.

(suite en page 2)



ASSOCIATION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC



SOLIDE.

CONSTRUCTION

SYNDICAT GÉNÉRALIS DE LA CONSTRUCTION

## Soins dentaires majeurs

Pour tout traitement dentaire majeur, des radiographies doivent être transmises avec l'estimation à MÉDIC Construction avant d'engager les frais. Tous les traitements de nature esthétique ne sont pas couverts par MÉDIC.

## Les conditions pour être assuré

Pour chaque heure de travail que vous effectuez sur un chantier, votre employeur verse une cotisation qui servira à vous assurer. Toutefois, vous devez avoir travaillé un minimum de 300 heures pour être assuré par un régime de base. Par exemple, vos heures travaillées de septembre 2018 à février 2019 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2019.

Pour certains métiers ou occupations, les employeurs versent une cotisation supplémentaire prévue par les conventions collectives qui permet à ces travailleurs d'obtenir des protections additionnelles. Cependant, pour obtenir ces protections supplémentaires,

## La déclaration de vos personnes à charge

Pour que votre conjoint et vos enfants puissent obtenir le remboursement de leurs frais médicaux admissibles, vous devez remplir le formulaire n° 3 « Déclaration par l'assuré de ses personnes à charge » et fournir les documents requis.

**Un enfant âgé de plus de 18 ans, mais de moins de 26 ans**, qui est aux études à temps plein et qui fréquente une maison d'enseignement reconnue par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur peut être reconnu à votre charge.

Pour cela vous devez remplir et signer le formulaire n° 4 « Attestation de fréquentation scolaire » et fournir une confirmation de fréquentation scolaire obtenue de la maison d'enseignement **après le début des cours**, pour chacune des sessions d'études d'automne et d'hiver. Habituellement, l'attestation fournie pour la session d'hiver permet de reconnaître l'enfant à charge du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août; celle fournie pour la session d'automne permet de le reconnaître du 1<sup>er</sup> septembre au 31 janvier de l'année suivante.

Note : Un enfant qui atteint l'âge de 18 ans entre janvier et août demeure une personne à charge jusqu'au 31 août. Celui qui atteint cet âge entre septembre et décembre le demeure jusqu'au 31 janvier de l'année suivante. **Il n'est donc pas nécessaire de fournir une attestation de fréquentation scolaire pour cette période.**

**MÉDIC Construction exige que tous ses assurés (salarié ou retraité) déclarent les protections d'assurance de leur conjoint.** Vous devez utiliser le formulaire n° 6 « Déclaration des protections d'assurance du conjoint » pour fournir les renseignements requis à la CCQ. Si vous déclarez votre conjoint par le formulaire n° 3 mentionné

## Factures et reçus

Lorsque c'est possible, utilisez le paiement direct pour le remboursement de vos médicaments et de vos soins dentaires mineurs.

Pour les autres frais, envoyez vos réclamations avec les reçus au fur et à mesure de vos achats au lieu d'attendre à la fin de l'année.

Ne transmettez pas de reçus de caisse ou de relevés de transaction par carte de crédit pour être remboursé; ils sont refusés. Seule une facture indiquant l'article acheté et le nom du bénéficiaire est valide.

vous devez être assuré par un régime de base (A, B, C ou D) et avoir le montant requis de cotisations supplémentaires selon ce régime de base.

MÉDIC Construction offre aussi des régimes d'assurance aux retraités de l'industrie. Pour y être admissible, vous devez être assuré par un des régimes A, B, C ou D de base ou supplémentaire et avoir accumulé au moins 21 000 heures au régime de retraite avant de prendre votre retraite.

précédemment, vous devez déclarer ses protections d'assurance à l'aide du formulaire n° 6A qui y est annexé.

Si un formulaire est incomplet ou s'il n'est pas dûment signé, ou si un des documents requis n'est pas fourni, la demande vous est retournée; cela retarde la reconnaissance de votre conjoint ou de votre enfant à charge et le remboursement des dépenses faites en son nom.

Il est également important d'informer la CCQ de tout changement au statut de vos personnes à charge. Vous pourriez être obligé de rembourser les montants payés par le régime d'assurance pour les dépenses effectuées pour une personne qui n'est plus à votre charge (exemple : lorsqu'une personne cesse d'être votre conjoint).

## La déclaration de vos bénéficiaires désignés

Vos personnes à charge ne sont pas automatiquement vos bénéficiaires désignés pour l'assurance vie c'est-à-dire les personnes qui recevront le paiement de votre assurance vie à votre décès.

De la même façon, lorsque vous retirez des personnes à charge de votre dossier d'assurance pour les réclamations, elles ne sont pas automatiquement retirées de la liste de vos bénéficiaires désignés pour l'assurance vie.

Pour informer la CCQ lorsque vous voulez modifier vos bénéficiaires (ajout ou retrait), vous devez remplir et signer le formulaire « Désignation ou révocation de bénéficiaire (assurance vie seulement) » et le faire parvenir à l'adresse qui y est indiquée. Aucune désignation ou révocation ne peut être effectuée par téléphone. Le formulaire est disponible sur le site Web ccq.org.

## Pour en savoir davantage sur les régimes d'assurance et les conditions d'assurabilité

Consultez la section MÉDIC Construction du site Web [ccq.org](http://ccq.org).

Communiquez avec le service à la clientèle en composant le **1 888 842-8282**.






Ils se feront un plaisir de vous répondre et de vous acheminer la documentation appropriée.

## Assurance maladie



## de Régime base

À moins d'indication contraire, le salarié et ses personnes à charge (conjoint et enfants à charge) bénéficient des protections d'assurance maladie suivantes selon les proportions ou limites indiquées.

		A	B	C	D
	<b>Hospitalisation (chambre pour soins actifs)*</b> maximum payé <i>* Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie.</i>	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour
	<b>Médicaments autorisés<sup>(1)</sup></b> franchise par période d'assurance remboursement à remboursement à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de	aucune 85 % 850 \$ / famille	20 \$ / famille 75 % 850 \$ / famille	30 \$ / famille 70 % 850 \$ / famille	40 \$ / famille 70 % 850 \$ / famille
	<b>Soins de la vue</b> <b>Attention : Le remboursement dépend du régime d'assurance dont vous bénéficiez lorsque vous avez payé le montant total de votre achat c'est-à-dire lorsque le solde de votre facture est à 0,00 \$.</b> Examen de la vue salarié maximum remboursé par 24 mois conjoint maximum remboursé par 24 mois enfant à charge maximum remboursé par 12 mois Lunettes et lentilles (incluant lentilles intraoculaires) salarié maximum remboursé par 24 mois conjoint maximum remboursé par 24 mois enfant à charge maximum remboursé par 24 mois Lunettes de sécurité (avec ordonnance) salarié maximum remboursé par 12 mois Frais pour correction de la vision par la chirurgie salarié et conjoint remboursement à maximum à vie par personne	70 \$ 70 \$ 70 \$ 300 \$ 300 \$ 300 \$ 250 \$ 60 % 2 000 \$	70 \$ 70 \$ 70 \$ 200 \$ 200 \$ 200 \$ 250 \$ 60 % 1 500 \$	70 \$ 70 \$ 0 \$ 100 \$ 100 \$ 0 \$ 250 \$ 60 % 1 000 \$	70 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 250 \$ 0 % 0 \$
	<b>Soins paramédicaux<sup>(2)</sup> (*régime C : salarié seulement)</b> <b>Limite : une visite par jour par professionnel</b> maximum remboursé chiropraticien par visite radiographies – chiropraticien par période par personne physiothérapeute par visite acupuncteur par visite audiologiste par visite psychologue, orthophoniste par visite podiatre, podologue par visite travailleur social par visite médecine douce maximum 10 visites par période par personne pour l'ensemble des 6 professionnels suivants : naturopathe par visite ostéopathe par visite massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute, kintothérapeute par visite <i>(pour ces 4 professionnels, une seule recommandation médicale est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de signature du médecin)</i>	35 \$ 45 \$ 50 \$ 45 \$ 55 \$ 70 \$ 50 \$ 65 \$ 40 \$ 55 \$ 45 \$	27 \$ 35 \$ 40 \$ 35 \$ 45 \$ 55 \$ 40 \$ 55 \$ 30 \$ 45 \$ 35 \$	24 \$* 28 \$* 30 \$* 27 \$* 40 \$* 40 \$* 40 \$* 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$	0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$
	<b>Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)</b> salarié : chacune des personnes à charge :	1 000 \$ 1 000 \$	700 \$ 700 \$	460 \$ 0 \$	0 \$ 0 \$

(1) Incluant les produits pour arrêter de fumer couverts par la Loi de l'assurance médicaments du Québec.








(2) Les soins prodigués par des proches parents du patient ne sont pas couverts. Le thérapeute doit être membre d'une association reconnue par MÉDIC Construction.

## Assurance maladie (suite)



## de Régime base


À moins d'indication contraire, le salarié et ses personnes à charge (conjoint et enfants à charge) bénéficient des protections d'assurance maladie suivantes selon les proportions ou limites indiquées.


		A	B	C	D
	<b>Appareils auditifs</b> maximum remboursé par 36 mois piles pour appareils auditifs/maximum remboursé par 12 mois	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$
	<b>Frais de laboratoire, imagerie médicale</b> remboursement à maximum remboursé par personne par 12 mois	90 % 427,50 \$	90 % 427,50 \$	90 % 337,50 \$	90 % 337,50 \$
	Rapports médicaux exigés par la CCQ remboursement à maximum remboursé	90 % 27 \$ / rapport	90 % 27 \$ / rapport	90 % 27 \$ / rapport	90 % 27 \$ / rapport
	Soins dentaires à la suite d'un accident (à des dents saines et naturelles) remboursement à frais admissibles*	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Chirurgie plastique à la suite d'un accident remboursement à frais admissibles*	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, etc.) remboursement à frais admissibles* <b>Franchises pour chaussures orthopédiques :</b> Salarié et conjoint : 150 \$ par paire Enfant à charge : 100 \$ par paire	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence) remboursement à frais admissibles* La « Déclaration de transport des usagers » des services ambulanciers doit être fournie.	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés

\* Des conditions particulières et des limites peuvent s'appliquer aux remboursements des protections d'assurance. Avant d'effectuer un achat, une estimation des coûts ainsi qu'une recommandation médicale doivent être transmises à la Commission afin que celle-ci détermine si les frais sont remboursables.

**Frais de laboratoire ou imagerie médicale :** seuls les examens de diagnostic sur prescription d'un médecin sont remboursables.

**Exclusions :** les bilans de santé et tous les frais liés aux consultations en clinique privée ne sont pas remboursables.

	A	B	C	D
 <b>Urgence médicale à l'étranger</b> Voir les renseignements et exclusions sur l'urgence médicale à l'étranger (pages suivantes).	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	aucun

	A	B	C	D
 <b>Programme Construire en santé</b> – comprend les services de santé suivants :				
Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif (maximum 2 500 \$ à vie par personne) remboursement à	80 %	80 %	80 %	80 %
Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes (maximum 2 500 \$ à vie par personne) remboursement à	80 %	80 %	80 %	80 %
Aide aux travailleurs et à leur famille (autorisation préalable requise) Résolution de problèmes: relations de couple, familiaux, psychologiques. Services d'orthopédoque ou d'ergothérapeute pour enfant de moins de 18 ans (des conditions et limites s'appliquent). nombre maximum d'heures de consultation par année civile	12 / famille	12 / famille	8 / famille	8 / famille
Cessation tabagique				
Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé	oui	oui	oui	oui
Traitement au laser (salarié et conjoint) (autorisation requise) remboursement à maximum remboursé	50 % 300 \$ à vie	50 % 300 \$ à vie	50 % 300 \$ à vie	50 % 300 \$ à vie
Interventions pré et post-opératoire ou hospitalisation (salarié seulement – autorisation préalable requise)	100 %	aucun	aucun	aucun
Suivi téléphonique personnalisé avec une infirmière Concernant des problèmes de santé chroniques tels diabète, asthme ou autres et pour des conseils sur l'adoption de saines habitudes de vie afin de perdre du poids, gérer le stress, etc.	oui	oui	oui	oui

Veuillez communiquer avec **Construire en santé** avant d'engager des frais remboursables par ce programme.



## Assurance dentaire



de **Régime base**

Médic Construction utilise les tarifs de l'année 2019 des associations des chirurgiens-dentistes et des denturologistes du Québec.

Une réclamation d'assurance dentaire doit être effectuée au plus tard un an après l'événement y donnant droit sinon elle sera refusée.

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Franchise par famille par période d'assurance	aucune	20 \$	45 \$	
Salarié et conjoint				<b>AUCUN REMBOURSEMENT</b>
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)	remboursement à 90 %	remboursement à 80 %	remboursement à 60 %	
maximum par personne par période	600 \$	600 \$	600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie	remboursement à 80 %	remboursement à 70 %	remboursement à 60 %	
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) <sup>(2)</sup>	remboursement à 70 %	remboursement à 60 %	aucun	
Enfant à charge de moins de 21 ans				
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)	remboursement à 90 %	remboursement à 80 %	remboursement à 60 %	
maximum par enfant par période	600 \$	600 \$	600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie	remboursement à 80 %	remboursement à 70 %	remboursement à 60 %	
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) <sup>(2)</sup>	remboursement à 70 %	remboursement à 60 %	aucun	
Orthodontie <sup>(2)</sup>	remboursement à 60 %	remboursement à 50 %	aucun	
(Plan de traitement obligatoire)	maximum à vie par enfant 2 000 \$	1 500 \$	-	

(1) Maximum par personne par période d'assurance.

(2) Les frais de laboratoire dentaire sont limités à 50 % des honoraires admissibles du dentiste ou du denturologiste.

Une limite de temps s'applique pour le remboursement de plusieurs soins dentaires. Par exemple, l'examen buccal de rappel est remboursable par période de 9 mois. Le dépliant « Le programme de soins dentaires » fournit des renseignements plus complets, notamment sur les périodes de remboursement et les soins non couverts.

### Restaurations majeures

- Nous vous conseillons de demander une estimation du remboursement. Pour le paiement direct, l'estimation préalable est obligatoire.

- L'achat et le remplacement de prothèses fixes ou amovibles (couronnes, dentiers, facettes, ponts, etc.) sont remboursables une fois aux 5 ans de la date de la mise en bouche.

### Orthodontie

- Le montant du remboursement des frais d'orthodontie est basé sur le régime d'assurance dont vous bénéficiez le jour de la mise en bouche de l'appareil orthodontique.

- Les frais d'orthodontie ne sont pas remboursables en paiement direct en présentant la carte MÉDIC Construction.

## Assurance vie et mutilation accidentelle



de **Régime base**

À compter de la période d'assurance suivant le 70<sup>e</sup> anniversaire du salarié, les montants pour décès accidentel et pour mutilation accidentelle cessent.

	<b>A</b>		<b>B</b>		<b>C</b>		<b>D</b>	
	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans
<b>Prestation au décès</b>								
du salarié avec personnes à charge	25 000 \$	12 500 \$	20 000 \$	10 000 \$	15 000 \$	7 500 \$	10 000 \$	5 000 \$
du salarié sans personne à charge	16 000 \$	12 500 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$
du conjoint	7 500 \$	7 500 \$	7 500 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
d'un enfant à charge	7 500 \$	7 500 \$	7 500 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
<b>Montant additionnel</b> pour décès accidentel du salarié	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
<b>Prestation maximale</b> pour mutilation accidentelle complète et définitive du salarié (Selon la perte subie, le montant payable varie entre 0 \$ et le maximum indiqué.)	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	5 000 \$	5 000 \$

+ 65 ans : débute à la période d'assurance suivant le 65<sup>e</sup> anniversaire du salarié.

**Assurance salaire  
et crédits d'heures**



de **Régime  
base**

Les prestations d'assurance salaire sont payables au salarié seulement.

**A B C D**

**Assurance salaire**

Prestations de courte durée (par semaine) Début invalidité : 1<sup>er</sup> juillet 2017 ou après  
moins de 4 000 heures\*  
de 4 000 à moins de 6 000 heures\*  
6 000 heures ou plus\*

\* Heures travaillées accumulées au régime de retraite avant le début de l'invalidité.

Prestations de longue durée (par mois) Début invalidité : 1<sup>er</sup> juillet 2016 ou après  
6 000 heures ou plus\*\*

\*\* Heures travaillées accumulées au régime de retraite avant la 53<sup>e</sup> semaine d'invalidité.

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
moins de 4 000 heures*	380 \$	380 \$	380 \$	aucune
de 4 000 à moins de 6 000 heures*	460 \$	460 \$	460 \$	aucune
6 000 heures ou plus*	515 \$	515 \$	515 \$	aucune
6 000 heures ou plus**	1 625 \$	1 375 \$	1 275 \$	aucune

Note : Les prestations payables et les conditions d'admissibilité varient selon la date de début de l'invalidité.

- L'assurance salaire de courte durée (indemnité hebdomadaire) se termine au plus tard le dernier samedi du mois au cours duquel le salarié atteint l'âge de 65 ans.
- L'assurance salaire de longue durée (indemnité mensuelle) se termine au plus tard lorsque le salarié atteint l'âge de 60 ans.  
- Dans les cas où l'invalidité débute à 58 ou 59 ans, d'autres conditions s'appliquent.
- Aucune indemnité n'est payée pour une période se terminant plus de 30 jours avant la date à laquelle la demande de prestations est soumise.
- Toute demande d'assurance salaire doit être transmise à la CCQ au plus tard un an après la date de l'événement y donnant droit, sinon elle sera refusée.
- Le salarié de la construction est généralement couvert par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (CNESST). Cependant, une personne qui ne l'est pas n'a pas droit à l'assurance salaire en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Elle peut toutefois avoir droit à des crédits d'heures.
- Le salarié de la construction est généralement couvert par la Loi sur l'assurance-emploi (EDSC). Cependant, la personne qui ne reçoit pas de prestations d'assurance-emploi pour maladie parce qu'elle n'a pas effectué un travail assurable en vertu de cette loi n'a pas droit au paiement de l'indemnité hebdomadaire (courte durée) durant les 16 premières semaines qui suivent le début de son invalidité. Elle peut toutefois avoir droit à des crédits d'heures.

**Crédits d'heures**

- Différentes situations telles qu'une invalidité, un retrait préventif, un congé de maternité ou de paternité, un congé pour les parents d'enfants disparus ou assassinés, un congé pour proches aidants d'enfants ou proches aidants d'adulte ou un congé de compassion pourraient vous donner droit à des crédits d'heures qui vous permettront de demeurer assuré. Les demandes de crédits d'heures doivent être effectuées au plus tard un an après la date de l'événement y donnant droit.
- Les crédits d'heures sont automatiquement inscrits à votre dossier lorsque vous recevez des prestations d'assurance salaire. Dans tous les autres cas, vous devez en faire la demande. Communiquez avec la CCQ ou consultez le site Internet **ccq.org** pour obtenir le formulaire requis.

**Avances d'indemnités**

- Vous pourriez avoir droit à des prestations lorsque vous contestez certaines décisions de la CNESST ou de la SAAQ, ou lorsque ces organismes tardent à rendre une décision sur votre dossier.

**Conditions particulières, limites ou exclusions**

Une réclamation d'assurance doit être effectuée au plus tard un an après l'événement y donnant droit sinon elle sera refusée.

Le présent document est produit et diffusé uniquement à des fins d'information. Seul le *Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction* [c. R-20, r. 10] publié par l'Éditeur officiel du Québec a une valeur officielle et juridique. Ainsi, il a préséance sur les informations contenues au présent document. Le règlement est accessible sur le site Internet de la CCQ, sous la rubrique MÉDIC Construction.

Bien que le masculin soit utilisé, les mots relatifs aux personnes désignent aussi bien les femmes que les hommes.

English copy available on request.



## Urgence médicale à l'étranger

Les **frais admissibles** à un remboursement sont ceux qui excèdent les frais remboursés par les régimes publics.

Tous les **frais hospitaliers et médicaux**, autorisés par la CCQ, engagés à la suite d'un accident ou d'une urgence qui nécessite une hospitalisation **sont remboursés à 100 %**.

Les frais engagés pour toutes les **consultations médicales à la suite d'un accident sont remboursés à 100 %**. La première consultation doit avoir lieu dans les 30 jours suivant la date de l'accident.

Les frais engagés pour une **consultation médicale à la suite d'une urgence qui n'est pas reliée à un accident** et ceux reliés aux 3 premières visites de contrôle ou de rappel pour cet événement **sont remboursés à 80 %**. Les consultations suivantes ne sont pas couvertes par le programme d'urgence médicale à l'étranger.

**Tous les autres frais médicaux (exemples : médicaments, soins dentaires, frais de laboratoire, etc.) sont remboursés selon le régime détenu par l'assuré, comme s'ils avaient été engagés au Québec.**

Pour obtenir le remboursement des frais de consultation médicale, procédez comme suit :

1. Remplissez le formulaire « *Demande de remboursement pour des services de santé couverts à l'extérieur du Québec* » que vous obtenez de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
2. Expédiez ce formulaire et l'original de vos reçus à la RAMQ. Conservez une photocopie de vos reçus.
3. Après étude de votre demande, la RAMQ vous enverra un avis de paiement ou un avis de refus. Si la RAMQ ne vous a pas remboursé à 100 %, remplissez le formulaire n° 1 « *Demande d'indemnisation pour frais médicaux et soins professionnels* » de MÉDIC Construction et faites-le parvenir à la CCQ, accompagné de l'avis reçu de la RAMQ et des photocopies de vos reçus.

Certaines limites, conditions et exclusions s'appliquent. Entre autres, les frais reliés à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ne sont pas couverts.

### Renseignements additionnels

Vous pouvez communiquer avec le service à la clientèle de la CCQ pour obtenir des renseignements complémentaires ou des exemplaires des différents formulaires. Ces derniers sont également disponibles sur le site Internet **ccq.org**.

#### Demandez également les dépliants suivants :

- Le programme d'urgence médicale à l'étranger
- Construire en santé
- Le programme de soins dentaires
- Les protections d'assurance salaire, les crédits d'heures et le maintien d'assurance
- Les avances d'indemnités (en cas d'invalidité)
- La carte MÉDIC Construction
- Les conditions d'assurabilité

Si vous êtes assuré par l'un des régimes A, B ou C, vous et vos personnes à charge bénéficiez du programme d'urgence médicale à l'étranger. Le régime D n'offre pas cette protection. Le programme d'urgence médicale à l'étranger ne s'applique pas à une personne qui n'est pas assurée par un régime d'assurance public au Canada (par exemple, celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec – RAMQ).

En cas d'urgence médicale ou d'accident automobile à l'extérieur du Québec, vous devez communiquer avec MÉDIC Construction avant d'engager des frais. Les numéros de téléphone à composer sont les suivants :

- **Au Canada (hors Québec) et aux États-Unis : 1 800 461-8686**
- **Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 514 341-7155**

Ces numéros sont également inscrits au verso de votre carte MÉDIC Construction. Après nous avoir rapporté votre urgence, vous devez nous appeler à nouveau si votre état de santé se détériore.

#### Exclusions

Le programme d'urgence médicale à l'étranger vous couvre quelle que soit votre condition médicale. **Important** : Les frais reliés à une condition médicale pour laquelle la personne est dans l'attente, avant son départ en voyage, d'un traitement à l'hôpital, d'une opération, d'une chirurgie ou d'une greffe, ne sont pas remboursés. Cependant, si cette personne a reçu l'autorisation de son médecin traitant d'effectuer son voyage, ces frais pourraient être remboursés s'ils ont été engagés à la suite d'une urgence. Vous devez acheminer une copie de cette autorisation à la CCQ (Section assurance maladie) avant votre départ.

Le programme d'urgence médicale à l'étranger ne couvre pas les accidents résultant de la pratique de certaines activités comme le vol plané, le vol libre, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique (« bungee »), le rodéo, etc.

Le programme couvre certaines dépenses reliées au transport d'un hôpital à un autre ou pour le retour au Québec. Certains autres frais peuvent également être remboursés.

Note : La CCQ peut décider d'organiser le retour au Québec de la personne malade ou blessée. Si cette personne refuse de revenir au Québec, les frais qu'elle engage par la suite ne sont pas remboursés.

Consultez le dépliant « Le programme d'urgence médicale à l'étranger » pour obtenir plus de renseignements sur les protections offertes et les exclusions.

MÉDIC Construction ne rembourse pas les frais médicaux engagés dans un pays pour lequel le gouvernement du Canada diffuse, en raison de troubles civils, d'une guerre, d'une rébellion ou d'une instabilité politique, l'avertissement « *Éviter tout voyage* » sur son site Web [www.canada.ca](http://www.canada.ca) sous la rubrique « Voyage », à moins que les frais de rapatriement ou les frais médicaux à être engagés soient raisonnables compte tenu de la gravité des cas, de la pratique médicale, de la situation géopolitique dans ce pays et qu'ils aient été préalablement approuvés par MÉDIC Construction.