

MÉDIC construction

À CONSERVER

des Régime électriciens (AE, BE, CE, DE)

Vous êtes assuré pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018

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

Pour améliorer la santé financière de votre régime d'assurance...

Pratiquez la coordination d'assurance : si une dépense est effectuée pour votre conjoint et que cette dépense est couverte par son régime d'assurance, votre conjoint a l'obligation de la réclamer à son assureur avant de soumettre la partie que ce dernier n'aura pas remboursée à MÉDIC Construction.

Les dépenses effectuées pour les enfants doivent être réclamées en premier lieu, à l'assureur du parent dont l'anniversaire est le plus tôt dans l'année.

Informez la CCQ de tout changement matrimonial : lorsque vous n'avez

plus de conjoint, ce dernier n'a plus le droit de faire rembourser ses dépenses par MÉDIC Construction même s'il n'est pas couvert par un autre régime d'assurance.

Si vous lui permettez de le faire, vous serez dans l'obligation de rembourser ces frais à MÉDIC Construction.

Si vous êtes victime d'un accident de travail ou d'un accident automobile : les frais médicaux incluant les médicaments associés à un de ces accidents doivent être remboursés par l'organisme concerné; la CNESST (travail) ou la SAAQ (automobile).

Soins de la vue

Aux fins de calcul des limites de 12 ou 24 mois consécutifs pour déterminer le montant remboursable à l'achat de verres correcteurs, MÉDIC Construction utilise la date du paiement final et complet de la facture, sans égard à la date de livraison des verres et montures.

À titre d'exemple, trois salariés passent un examen de la vue et reçoivent une prescription pour des verres correcteurs le 1^{er} mai 2018 :

- Le premier décide de faire son choix de verres et montures et de payer complètement son achat le 1^{er} mai 2018, même s'il les reçoit le 30 mai 2018.

- Le deuxième décide de magasiner ses verres et montures et fait son choix le 15 mai 2018. Toutefois, il paye complètement son achat à cette date, même s'il les reçoit le 30 mai 2018.

- Le troisième décide de magasiner ses verres et montures, fait son choix le 15 mai 2018 et donne un acompte, mais paye la différence le 30 mai à la réception de ses verres et montures.

	Examen et prescription	Choix des verres et montures	Paiement	Réception des verres et montures	Paiement	Date d'éligibilité du prochain achat
Salarié 1	1 ^{er} mai 2018	1 ^{er} mai 2018	Complet et final	30 mai 2018		1 ^{er} mai 2020
Salarié 2	1 ^{er} mai 2018	15 mai 2018	Complet et final	30 mai 2018		15 mai 2020
Salarié 3	1 ^{er} mai 2018	15 mai 2018	Partiel (acompte)	30 mai 2018	Complet et final	30 mai 2020

Les trois salariés ont vu l'optométriste le même jour. Toutefois, la date d'éligibilité de leur prochain achat (dans 24 mois) sera différente puisqu'ils ont effectué leur paiement complet et final à des dates différentes.

Il est donc important de ne pas se fier à la date du dernier rendez-vous chez l'optométriste pour avoir droit à un remboursement pour l'achat de vos verres et montures. Vous devez vérifier la date à laquelle vous avez complété et finalisé votre paiement lors de votre achat précédent.

(suite en page 2)



ASSOCIATION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC



CONSTRUCTION

SYNDICAT QUÉBÉCOIS CONSTRUCTION

Bulletin d'information

(suite de la page 1)

Frais accessoires

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les frais accessoires tels qu'infiltrations articulaires (injections de cortisone) ou infiltrations facettaires intra-articulaires, traitements de verrues à l'azote liquide ou injection d'agents anesthésiants pour une chirurgie mineure, pour ne nommer que ceux-là, ne sont plus remboursables par MÉDIC Construction.

Le 26 janvier 2017, le gouvernement a décrété qu'il était interdit de facturer aux patients les frais accessoires liés à des services

médicaux couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Donc, depuis cette date, si vous consultez un professionnel de la santé affilié au régime public (RAMQ), vous ne devriez plus payer pour ce type de frais.

En ce qui concerne les frais afférents à des rendez-vous en clinique privée, ils demeurent non remboursables par MÉDIC Construction.

Pour en savoir plus sur les frais accessoires que les professionnels de la santé n'ont plus à vous facturer, consultez le site Web de la RAMQ.

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 2017 à février 2018 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

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,

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.

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^{er} janvier au 31 août; celle fournie pour la session d'automne permet de le reconnaître du 1^{er} 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 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.

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



Régime des électriciens

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.

		AE	BE	CE	DE
	Hospitalisation (chambre pour soins actifs)* maximum payé <i>*Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie.</i>	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour
	Médicaments autorisés⁽¹⁾ franchise (par période d'assurance) remboursement à remboursement à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de	aucune 100 % —	aucune 90 % 750 \$ / famille	10 \$ / famille 80 % 750 \$ / famille	20 \$ / famille 80 % 750 \$ / famille
	Soins de la vue 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 \$. Examen de la vue (par 12 mois) salarié remboursement maximum conjoint remboursement maximum enfant à charge remboursement maximum Lunettes et lentilles (incluant lentilles intraoculaires) salarié (par 24 mois) remboursement maximum conjoint (par 24 mois) remboursement maximum enfant à charge (par 12 mois) remboursement maximum Lunettes de sécurité (par 12 mois) (avec ordonnance) salarié seulement remboursement maximum Frais pour correction de la vision par la chirurgie salarié et conjoint (seulement) remboursement à maximum à vie par personne	70 \$ 70 \$ 70 \$ 700 \$ 500 \$ 350 \$ 250 \$ 60 % 2 000 \$	70 \$ 70 \$ 70 \$ 425 \$ 350 \$ 200 \$ 250 \$ 60 % 1 500 \$	70 \$ 70 \$ 70 \$ 225 \$ 150 \$ 150 \$ 250 \$ 60 % 1 000 \$	70 \$ aucun aucun 200 \$ aucun aucun 250 \$ aucun aucun
	Soins paramédicaux⁽²⁾ Limite : une visite par jour par professionnel remboursement maximum				
	chiropraticien par visite	40 \$	35 \$	24 \$	aucun
	radiographies – chiropraticien par période par personne	50 \$	40 \$	28 \$	aucun
	physiothérapeute et ergothérapeute par visite	50 \$	40 \$	30 \$	aucun
	acupuncteur par visite	45 \$	35 \$	27 \$	aucun
	audiologiste par visite	55 \$	50 \$	40 \$	aucun
	psychologue, orthophoniste par visite	70 \$	55 \$	40 \$	aucun
	podiatre, podologue par visite	50 \$	50 \$	40 \$	aucun
	travailleur social par visite	65 \$	55 \$	40 \$	aucun
	médecine douce maximum 10 visites par période par personne pour l'ensemble des 6 professionnels suivants :				
	naturopathe par visite	40 \$	30 \$	24 \$	aucun
	ostéopathe par visite	55 \$	45 \$	24 \$	aucun
	massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute, kinothérapeute par visite	45 \$	35 \$	24 \$	aucun
	(pour ces 4 professionnels, une seule recommandation médicale est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de signature du médecin)				
	Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)				
	salarié :	1 100 \$	850 \$	490 \$	0 \$
	chacune des personnes à charge :	1 100 \$	850 \$	490 \$	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)



Régime des électriciens

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.

		AE	BE	CE	DE
	Appareils auditifs remboursement maximum par 36 mois piles pour appareils auditifs remboursement maximum par 12 mois	1 000 \$ 50 \$			
	Frais de laboratoire, imagerie médicale remboursement à remboursement maximum par personne par 12 mois	100 % 1 500 \$			
	Rapports médicaux exigés par la CCQ remboursement à remboursement maximum	100 % 30 \$ / rapport			
	Soins dentaires à la suite d'un accident (à des dents saines et naturelles) remboursement à frais admissibles*	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés
	Chirurgie plastique à la suite d'un accident remboursement à frais admissibles*	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés
	Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, etc.) remboursement à frais admissibles* Franchises pour chaussures orthopédiques : Salarié et conjoint : 150 \$ par paire Enfant à charge : 100 \$ par paire	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % 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.	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % frais engagés	100 % 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.

	Urgence médicale à l'étranger	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	aucun
	Voir les renseignements et exclusions sur l'urgence médicale à l'étranger (pages suivantes).				

	Programme Construire en santé – comprend les services de santé suivants :	AE	BE	CE	DE
	Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif (maximum 4 000 \$ à vie par personne) remboursement à	80 %	80 %	80 %	80 %
	Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes (maximum 4 000 \$ 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'orthopédagogue 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 / personne	12 / personne	12 / personne	12 / personne
	Cessation tabagique Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé	oui	oui	oui	oui
	Traitement au laser (salarié et conjoint) remboursement à (autorisation requise) remboursement maximum	50 % 300 \$ à vie			
	Interventions pré et post-opératoire ou hospitalisation (salarié seulement – autorisation préalable requise)	100 %	100 %	100 %	100 %
	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



Régime des électriciens

Médic Construction utilise les tarifs de l'année 2018 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.

	AE	BE	CE	DE
Franchise par famille par période d'assurance	aucune	aucune	20 \$	30 \$
Salarié et conjoint				
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)	90 %	80 %	70 %	60 %
remboursement à maximum par personne par période	600 \$	600 \$	600 \$	600 \$
Parodontie (périodontie), endodontie	90 %	80 %	70 %	60 %
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) ⁽²⁾	90 % } 1 500 \$ ⁽¹⁾	80 % } 1 400 \$ ⁽¹⁾	70 % } 875 \$ ⁽¹⁾	60 % } 750 \$ ⁽¹⁾
remboursement à	90 %	80 %	aucun	aucun
Enfant à charge de moins de 21 ans				
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)	90 %	80 %	70 %	60 %
remboursement à maximum par enfant par période	600 \$	600 \$	600 \$	600 \$
Parodontie (périodontie), endodontie	90 %	80 %	70 %	60 %
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) ⁽²⁾	90 % } 1 500 \$ ⁽¹⁾	80 % } 1 400 \$ ⁽¹⁾	70 % } 875 \$ ⁽¹⁾	60 % } 750 \$ ⁽¹⁾
remboursement à	90 %	80 %	aucun	aucun
Orthodontie ⁽²⁾	90 %	70 %	aucun	aucun
(Plan de traitement obligatoire) maximum à vie par enfant	3 000 \$	2 700 \$	—	—

(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



Régime des électriciens

À compter de la période d'assurance suivant le 70^e anniversaire du salarié, les prestations payables au décès sont celles des régimes de base et les montants pour décès accidentel et pour mutilation accidentelle cessent.

	AE	BE	CE	DE
	+ ou - 65 ans			
Prestation au décès (8 000 heures ou plus)*				
du salarié avec personnes à charge	50 000 \$	50 000 \$	45 000 \$	45 000 \$
du salarié sans personne à charge	30 000 \$	30 000 \$	30 000 \$	30 000 \$
du conjoint	27 500 \$	27 500 \$	25 000 \$	25 000 \$
d'un enfant à charge	12 500 \$	12 500 \$	10 000 \$	10 000 \$
Prestation au décès (moins de 8 000 heures)*				
du salarié avec personnes à charge	45 000 \$	45 000 \$	45 000 \$	45 000 \$
du salarié sans personne à charge	30 000 \$	30 000 \$	30 000 \$	30 000 \$
du conjoint	20 000 \$	20 000 \$	20 000 \$	20 000 \$
d'un enfant à charge	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Montant additionnel pour décès accidentel du salarié	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
Prestation maximale 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 \$

* Heures travaillées accumulées au régime de retraite du salarié à la date du décès.

**Assurance salaire
et crédits d'heures**



**Régime
des
électriciens**

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

AE

BE

CE

DE

Assurance salaire

Prestations de courte durée (par semaine) Début invalidité : 1^{er} juillet 2017 ou après
moins de 4 000 heures*
de 4 000 à moins de 6 000 heures*
6 000 heures ou plus*

450 \$

450 \$

405 \$

aucune

525 \$

525 \$

485 \$

aucune

625 \$

625 \$

565 \$

aucune

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

Prestations de longue durée (par mois) Début invalidité : 1^{er} juillet 2016 ou après
6 000 heures ou plus**

2 500 \$

2 000 \$

1 500 \$

aucune

** Heures travaillées accumulées au régime de retraite avant la 53^e semaine d'invalidité.

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 17 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 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 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.