

RÉGIME DE BASE

(A, B, C, D)

Vous êtes assuré pour la période
du 1^{er} janvier au 30 juin 2024

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

Réserve d'heures

Les heures demeurées dans votre réserve après avoir déterminé votre régime d'assurance pour la période de juillet à décembre 2023 ont été cotisées à 2,87 \$/heure. Les couvertures d'assurance offertes pour la période de janvier à juin 2024 sont basées sur des heures cotisées à 2,99 \$/heure. Vos heures en réserve doivent donc être ajustées pour refléter leur vraie valeur.

*Par exemple, si vous aviez
1 000 heures en réserve, le
calcul se fait de cette façon :*
 $1\ 000\ h \times 2,87\ \$ / 2,99\ \$ = 959,87\ h$

Le montant total de
 $1\ 000\ h \times 2,87\ \$ = 2\ 870\ \$$

Cela équivaut à
 $959,87\ h \times 2,99\ \$ = 2\ 870\ \$$

Visionnez la capsule vidéo expliquant le fonctionnement de l'ajustement de la réserve d'heures (ajustements de juillet 2022 et de janvier 2023) sous l'onglet « Être assuré par les heures » de la page « **Assurance de base** » du site Web de la CCQ.

Médicaments et patient d'exception

Votre médecin pourrait vous prescrire un médicament qui nécessiterait une autorisation de MÉDIC Construction afin d'être remboursé. Dans cette situation, ce médicament pourrait être remboursable par votre régime d'assurance conformément aux mesures de médicament ou de patient d'exception.

Votre médecin devra remplir un **formulaire** selon le médicament prescrit et le diagnostic médical afin que MÉDIC Construction puisse analyser votre dossier.

Vous voulez en savoir plus à ce sujet? Consultez l'onglet « Médicaments et patient d'exception » de la page « **Assurance maladie** » du site Web de la CCQ.

Recommandation médicale

Lorsque vous consultez une ou un massothérapeute, kinésithérapeute, kinothérapeute ou orthothérapeute, vous devez présenter une recommandation médicale, afin que les soins prodigués vous soient remboursés.

Saviez-vous qu'en plus du médecin, un infirmier praticien spécialisé ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) peut aussi rédiger cette recommandation? Uniquement les IPS sont reconnus(e)s, et non tous les infirmiers ni toutes les infirmières.

Peu importe le ou la signataire, elle sera valide pour une période de 12 mois à compter de la date de la signature du professionnel autorisé à prescrire.

Les conditions pour être assuré

Pour chaque heure de travail que vous effectuez sur un chantier, des cotisations sont versées aux régimes d'assurance et peuvent servir 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 mars à août 2023 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1^{er} janvier au 30 juin 2024.

Si vous avez plus d'heures que requis pour être assuré, le surplus est mis en réserve à votre nom. Si au cours d'une période de référence, vous n'accumulez pas un nombre d'heure suffisant, les heures de votre réserve sont utilisées pour maintenir votre assurance selon le régime **A, B, C** ou **D** dont vous avez bénéficié à la période précédente (les heures en réserve **ne servent pas à améliorer** votre couverture d'assurance).

Si vous n'êtes pas assuré, vous perdez les heures de la période de référence et les heures de votre réserve, à certaines conditions. Aucune cotisation associée aux régimes d'assurance ne peut faire l'objet d'un remboursement par la Commission.

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.

Lorsque vous adhérez aux régimes d'assurance aux retraités, vos heures travaillées et celles en réserve diminuent la prime que vous devez payer.

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 « Déclaration ou mise à jour des personnes à charge » et fournir les documents requis. Vous pouvez aussi faire votre déclaration en complétant votre dossier dans MÉDIC en ligne à sel.ccq.org.

Un enfant âgé de 18 ans et plus, mais de moins de 26 ans, qui est aux études à temps plein et qui fréquente un établissement scolaire reconnu par les ministères de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur peut être reconnu à votre charge. Lorsqu'il est reconnu, votre enfant a droit au remboursement de ses soins médicaux. Notez que seul l'enfant âgé de moins de 21 ans a droit au remboursement de ses soins dentaires.

Pour les enfants à charge de 22 ans jusqu'à moins de 26 ans, vous devez remplir et signer le formulaire « Attestation de fréquentation scolaire » et fournir une confirmation de fréquentation scolaire obtenue de l'établissement scolaire **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 : Pour les enfants de 18 à 21 ans, il n'est pas obligatoire de fournir l'attestation de fréquentation scolaire, mais MÉDIC Construction pourrait vous la demander à des fins de vérification du statut d'étudiant de votre enfant.

MÉDIC Construction exige que tous ses assurés déclarent les protections d'assurance de leur conjoint. Vous devez utiliser le formulaire « Déclaration des protections d'assurance du conjoint » pour fournir les renseignements requis à la CCQ. Si votre conjoint n'a pas de couverture d'assurance, il est très important de l'indiquer à MÉDIC Construction afin d'obtenir le remboursement de ses frais.

Vous pouvez aussi faire votre déclaration en complétant votre dossier dans MÉDIC en ligne à sel.ccq.org.

Tant que votre dossier n'est pas complet, la reconnaissance de votre conjoint ou de vos enfants à charge est retardée et les remboursements des dépenses faites en leur nom sont mis en attente ou refusés.

IMPORTANT

Vous devez informer MÉDIC Construction de tout changement au statut de vos personnes à charge. Par exemple, lorsque votre enfant de 18 ans et plus cesse ses études à temps plein ou lorsque votre conjoint et vous ne cohabitez plus.

Si vous ne mettez pas votre dossier à jour, vous devrez rembourser les montants payés par le régime d'assurance pour les dépenses effectuées pour une personne qui n'est plus à votre charge.

Vous pouvez modifier votre dossier dans MÉDIC en ligne à sel.ccq.org, par téléphone ou par la poste.

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 et 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**.

Nos préposé(e)s se feront un plaisir de vous répondre et de vous acheminer la documentation appropriée.

ASSURANCE MALADIE

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.

RÉGIME DE BASE

	A	B	C	D
Hospitalisation (chambre d'hôpital 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 (substitution générique obligatoire/biosimilaire) ⁽¹⁾ franchise par période d'assurance remboursement à remboursement possible jusqu'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
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 salarié maximum remboursé par 24 mois conjoint maximum remboursé par 24 mois enfant à charge maximum remboursé par 12 mois	70 \$ 70 \$ 70 \$	70 \$ 70 \$ 70 \$	70 \$ 70 \$ 0 \$	70 \$ 0 \$ 0 \$
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	300 \$ 300 \$ 300 \$	200 \$ 200 \$ 200 \$	100 \$ 100 \$ 0 \$	0 \$ 0 \$ 0 \$
Lunettes de sécurité (avec ordonnance) salarié maximum remboursé par 12 mois	250 \$	250 \$	250 \$	250 \$
Frais pour correction de la vision par la chirurgie salarié et conjoint remboursement à maximum à vie par personne	60 % 2 000 \$	60 % 1 500 \$	60 % 1 000 \$	0 % 0 \$
Soins paramédicaux ⁽²⁾ (*régime C : salarié seulement) <i>Limite : une visite par jour par professionnel</i> 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, psychothérapeute 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, kinothérapeute par visite <i>(pour chacun de ces 4 professionnels, une recommandation médicale distincte est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de signature du médecin ou de l'IPS)</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 \$* 40 \$* 0 \$ 0 \$ 0 \$	0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$ 0 \$
Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance) salarié chacune des personnes à charge	1 000 \$ 1 000 \$	700 \$ 700 \$	460 \$ 0 \$	0 \$ 0 \$

⁽¹⁾ Si vous choisissez de prendre un médicament original sans que cela soit médicalement requis, la différence entre le prix du médicament original et celui du médicament générique au prix le plus bas sera exclue du plafond annuel et sera entièrement à vos frais. Si un médicament biologique vous est prescrit et qu'il existe un médicament biosimilaire correspondant, seule la version biosimilaire sera couverte par MÉDIC Construction, sauf exceptions.

⁽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)

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.

RÉGIME DE BASE

		A	B	C	D
Appareils auditifs	maximum remboursé par 36 mois piles pour appareils auditifs/maximum remboursé par 12 mois	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$	500 \$ 50 \$
Frais de laboratoire, imagerie médicale	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	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*
Chirurgie plastique à la suite d'un accident	remboursement à frais	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*
Fournitures médicales prescrites prévues au régime remboursement à (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, CPAP, etc.)	frais	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*
Franchises pour chaussures orthopédiques : Salarié et conjoint : 150 \$ par paire Enfant à charge : 100 \$ par paire Orthèses podiatriques : Maximum de 350 \$ par paire Salarié et conjoint : 2 paires par 36 mois Enfant à charge : 1 paire par 12 mois					
Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence)	remboursement à frais	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*	90 % admissibles*
La « Déclaration de transport des usagers » des services ambulanciers doit être fournie.					
* Des conditions particulières, des limites et des intervalles de temps s'appliquent au calcul des frais admissibles. Avant d'effectuer un achat, une estimation des coûts ainsi qu'une recommandation médicale doivent être transmises par MÉDIC en ligne ou par la poste à MÉDIC Construction afin de déterminer si les frais sont remboursables. Si vous ne le faites pas, les frais pourraient ne pas être remboursés.					
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 :					
Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif (remboursement à 80 %)	maximum à vie par personne	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes (remboursement à 80 %)	maximum à vie par personne	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
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 / 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

Médic Construction utilise les tarifs de l'année 2024 des guides publiés par les associations des chirurgiens-dentistes et des denturologistes du Québec ainsi que du guide des services professionnels des hygiénistes dentaires au Québec. Une réclamation d'assurance dentaire doit être effectuée au plus tard un an après l'événement y donnant droit sinon elle sera refusée.

RÉGIME DE BASE

	A	B	C	D
Franchise par famille par période d'assurance	aucune	20 \$	45 \$	
Salarié et conjoint				AUCUN REMBOURSEMENT
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.) remboursement à maximum par personne par période	90 % 600 \$	80 % 600 \$	60 % 600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) ⁽²⁾	80 % } 70 % } 1 000 \$ ⁽¹⁾	70 % } 60 % } 850 \$ ⁽¹⁾	60 % } aucun } 500 \$ ⁽¹⁾	
Enfant à charge de moins de 21 ans				
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.) remboursement à maximum par enfant par période	90 % 600 \$	80 % 600 \$	60 % 600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) ⁽²⁾	80 % } 70 % } 1 300 \$ ⁽¹⁾	70 % } 60 % } 1 150 \$ ⁽¹⁾	60 % } aucun } 500 \$ ⁽¹⁾	
Orthodontie ⁽²⁾ (Plan de traitement obligatoire)	remboursement à maximum à vie par enfant 60 % 2 000 \$	50 % 1 500 \$	aucun -	

⁽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; certains soins de parodontie sont limités à un soin par dent par période de 5 ans. 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

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

RÉGIME DE BASE

	A		B		C		D	
	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans
Prestation au décès								
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 \$
Montant additionnel pour décès accidentel du salarié	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
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 \$	10 000 \$	10 000 \$	5 000 \$	5 000 \$

+ 65 ans : débute à la période d'assurance suivant le 65^e anniversaire du salarié.

ASSURANCE SALAIRE ET CRÉDITS D'HEURES

RÉGIME DE BASE

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

		A	B	C	D
Assurance salaire					
Prestations de courte durée (par semaine)					
	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
* Heures travaillées accumulées au régime de retraite avant le début de l'invalidité.					
Prestations de longue durée (par mois)					
	6 000 heures ou plus**	1 625 \$	1 375 \$	1 275 \$	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.

Assurance salaire

- Les prestations (indemnités) d'assurance salaire sont payables seulement une fois que le salarié a reçu toutes les prestations de maladie de l'assurance-emploi auxquelles il a droit. Seule la semaine de carence pourrait être payable selon l'analyse du dossier.
- 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 27 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 de jeunes victimes de crimes, 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 votre demande d'assurance salaire est acceptée incluant la période où vous êtes admissible à l'assurance-emploi. Dans tous les autres cas, vous devez en faire la demande. Communiquez avec la CCQ ou consultez le site Web 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 [chap. 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 Web 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.

Les associations patronales et syndicales de l'industrie de la construction du Québec déterminent le règlement encadrant les avantages sociaux.

Associations et corporations



Syndicats



URGENCE MÉDICALE À L'ÉTRANGER



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 MÉDIC Construction 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 endroit (par exemple : un pays, une région ou un bateau de croisière) pour lequel le gouvernement du Canada a diffusé, avant le départ de la personne assurée, les avertissements « éviter tout voyage » ou « éviter tout voyage non essentiel » sur son site Web, à moins que MÉDIC Construction ait autorisé le voyage avant le départ.

Les frais d'une personne assurée qui se trouve déjà en voyage au moment où le gouvernement du Canada diffuse un avertissement relatif à sa destination sont également exclus, sauf si cette personne démontre avoir pris tous les moyens raisonnables pour revenir au Québec dans les meilleurs délais et que ces frais ont été approuvés au préalable par MÉDIC Construction ou son mandataire.

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 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 « 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 Web 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