

URGENCE MÉDICALE À L'ÉTRANGER



Vous et vos personnes à charge bénéficiez du programme d'urgence médicale à l'étranger. Cependant, ce programme 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.

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.

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.

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.

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.

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.

(suite de la page 1)

MÉDIC Construction exige que tous ses assurés (salarié ou retraité) 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.

Certains autres frais couverts

(chaque dépense admissible est remboursée selon le pourcentage indiqué au recto et est sujette à un montant maximum)

Items	frais	% de remboursement	maximum remboursé*
Soins dentaires à la suite d'un accident (à des dents saines et naturelles)	admissibles*	Voir au recto	Certaines conditions s'appliquent
Chirurgie plastique à la suite d'un accident	admissibles*	Voir au recto	Certaines conditions s'appliquent
Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, CPAP, etc.) Franchises pour chaussures orthopédiques : Salarier et conjoint : 150 \$ par paire Enfant à charge : 100 \$ par paire Orthèses podiatriques : Maximum de 350 \$ par paire Salarier et conjoint : 2 paires par 36 mois Enfant à charge : 1 paire par 12 mois	admissibles*	Voir au recto	Certaines conditions s'appliquent
Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence) La « Déclaration de transport des usagers » des services ambulanciers doit être fournie	admissibles*	Voir au recto	Certaines conditions s'appliquent

* 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.



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
- La carte MÉDIC Construction
- Les conditions d'assurabilité

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

BULLETIN D'INFORMATION

Vol. 21 n° 1 - Janvier 2022

PO522ZF (2111)

RÉGIME D'ASSURANCE AUX RETRAITÉS

RAPPELS

MÉDIC Construction en ligne

Avant de procéder à un achat, vérifiez que les frais sont admissibles à un remboursement en vous servant de l'outil de simulation disponible dans MÉDIC Construction en ligne.

Avant de consulter un professionnel ou un fournisseur de services, vérifiez qu'il est bien reconnu en utilisant l'outil à cet effet.

Quand vous soumettez une demande de remboursement ou que vous téléchargez une pièce justificative lorsque requise par les services en ligne, MÉDIC Construction vous envoie automatiquement un message de confirmation de réception. Vous ne devez donc pas les transmettre par la poste.

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 2021 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1^{er} janvier au 30 juin 2022.

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 conven-

Cependant, il est important que vous conserviez vos reçus et vos pièces justificatives pour une période de 12 mois suivant la date de demande de remboursement, afin de répondre à toute demande de vérification ultérieure de la part de MÉDIC Construction.

Voyages et COVID-19

Le programme d'urgence médicale à l'étranger ne vous couvre pas, si vous voyagez dans un endroit pour lequel le gouvernement du Canada émet ou a émis un avertissement d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel. De plus, le programme ne couvre pas les tests de dépistage de la COVID-19 exigés par les transporteurs avant l'embarquement.

Pour en savoir plus, consultez la rubrique « Urgence médicale à l'étranger » de ce bulletin.

tions 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.



Vous êtes assuré pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2022

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

Chaussures orthopédiques

Avant d'acheter des chaussures orthopédiques, vous devez faire parvenir une demande d'estimation à MÉDIC Construction, car une autorisation préalable est requise. **Un achat effectué sans autorisation sera refusé.**

Subvention de la RAMQ

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) offre un remboursement de 250 \$ par période de 24 mois à l'achat de lunettes et de verres de contact pour les enfants de moins de 18 ans. Vous devez d'abord réclamer ces frais à la RAMQ. Ensuite, vous pourrez faire votre réclamation pour l'excédent à MÉDIC Construction.

Pour en savoir plus, consultez la rubrique « Urgence médicale à l'étranger » de ce bulletin.

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 le ministère 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 et plus, 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, l'attestation de fréquentation scolaire n'est pas obligatoire, mais elle peut être demandée par MÉDIC Construction à des fins de vérification.

(suite en page 3)

PROTECTIONS D'ASSURANCE		BASE		COUVREURS		ÉLECTRICIENS			FERBLANTIERS		TRAVAILLEURS DE LIGNES			MÉCANICIENS DE CHANTIER			TUYAUTEURS		R3 (RC3, RF3, RM3)	
		R1	R2	RC1	RC2	RE1	RE2	RE3	RF1	RF2	RL1	RL2	RL3	RM1	RM2	RT1	RT2	RT3		
Assurance vie (prestation au décès) du retraité avec personnes à charge du retraité sans personne à charge du conjoint d'un enfant à charge		12 500 \$ 12 500 \$ 7 500 \$ 7 500 \$	7 500 \$ 7 500 \$ 5 000 \$ 5 000 \$	17 500 \$ 17 500 \$ 12 500 \$ 7 500 \$	12 500 \$ 12 500 \$ 10 000 \$ 5 000 \$	25 000 \$ 20 000 \$ 15 000 \$ 7 500 \$	20 000 \$ 15 000 \$ 12 000 \$ 5 000 \$	15 000 \$ 10 000 \$ 5 000 \$ 5 000 \$	17 500 \$ 17 500 \$ 12 500 \$ 7 500 \$	12 500 \$ 12 500 \$ 10 000 \$ 5 000 \$	35 000 \$ 35 000 \$ 13 500 \$ 7 500 \$	25 000 \$ 25 000 \$ 11 000 \$ 5 000 \$	15 000 \$ 15 000 \$ 5 000 \$ 5 000 \$	17 500 \$ 17 500 \$ 12 500 \$ 7 500 \$	12 500 \$ 12 500 \$ 10 000 \$ 5 000 \$	25 000 \$ 20 000 \$ 15 000 \$ 7 500 \$	20 000 \$ 15 000 \$ 12 000 \$ 5 000 \$	15 000 \$ 10 000 \$ 5 000 \$ 5 000 \$	5 000 \$ 5 000 \$ 5 000 \$ 5 000 \$	
Assurance maladie (retraité et personnes à charge) À moins d'indication contraire, le retraité et ses personnes à charge bénéficient des protections d'assurance maladie suivantes selon les proportions ou limites indiquées. Hospitalisation (chambre d'hôpital pour soins actifs)* * Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie. Médicaments autorisés* (substitution générique obligatoire/biosimilaire) ⁽¹⁾		75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	0 \$	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	0 \$	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	0 \$	0 \$	0 \$
*si la prime requise est payée		aucune franchise 85 % remboursement à 850 \$ / famille	25 \$ / famille 70 % 850 \$ / famille	aucune 90 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 75 % 850 \$ / famille	aucune 95 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 90 % 850 \$ / famille	50 \$ / famille 70 % 850 \$ / famille	aucune 90 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 75 % 850 \$ / famille	aucune 95 % 850 \$ / famille	aucune 90 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 75 % 850 \$ / famille	aucune 90 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 75 % 850 \$ / famille	aucune 95 % 850 \$ / famille	25 \$ / famille 80 % 850 \$ / famille	50 \$ / famille 70 % 850 \$ / famille	50 \$ / 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 retraité conjoint enfant à charge																				
Lunettes et lentilles (incluant lentilles intraoculaires) retraité conjoint enfant à charge																				
Lunettes de sécurité (avec ordonnance) retraité seulement																				
Frais pour correction de la vision par la chirurgie remboursement à 60 %, maximum à vie par personne																				
Soins paramédicaux ⁽²⁾ Limite : une visite par jour par professionnel																				
chiropraticien radiographies – chiropraticien physiothérapeute ergothérapeute acupuncteur psychologue et orthophoniste audiologiste, podiatre et podologue travailleur social																				
médecine douce maximum 10 visites par période par personne pour l'ensemble des 6 professionnels suivants :																				
naturopathe ostéopathe massothérapeute, kinésithérapeute, kinothérapeute, orthothérapeute (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)																				
Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)																				
retraité : chacune des personnes à charge :																				
Appareils auditifs piles pour appareils auditifs maximum remboursé par 12 mois																				
Frais de laboratoire, imagerie médicale remboursement à 90 % maximum remboursé par personne par 12 mois																				
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.																				
Rapports médicaux exigés par la CCQ frais admissibles : 30 \$ par rapport																				
Certains autres frais (voir au verso)																				
Urgence médicale à l'étranger (certaines limites et conditions s'appliquent) Programme Construire en santé – comprend les services suivants :																				
Veuillez communiquer avec Construire en santé avant d'engager des frais remboursables par ce programme																				
Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif maximum à vie par personne																				
Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes maximum à vie par personne																				
Aide aux travailleurs (autorisation préalable requise) Résolution de problèmes : relations de couple, familiaux ou psychologiques. nombre maximum d'heures de consultation par année civile																				
Cessation tabagique Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé Traitement au laser (retraité et conjoint) (autorisation requise)																				
Interventions pré et post-opératoire ou hospitalisation (retraité seulement – autorisation préalable requise) 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.																				
Assurance dentaire (selon les guides des tarifs dentaires de l'année 2022 de l'ACDQ et de l'ODQ) Franchise par famille par période d'assurance Retraité et conjoint (maximum par personne)																				
Diagnostic, prévention et traitement mineur (<i>obturation, extraction, etc.</i>) (par période d'assurance) Parodontie (périodontie), endodontie (par période d'assurance) Restaurations majeures ⁽³⁾⁽⁴⁾ (dentier, couronne, etc.) (par période d'assurance) Implants dentaires et certains soins s'y rattachant (maximum par personne par 5 ans)																				
Enfant à charge de moins de 21 ans (maximum par enfant) Diagnostic, prévention, traitement mineur (<i>obturation, extraction, etc.</i>) (par période d'assurance) Parodontie (périodontie), endodontie (par période d'assurance) Restaurations majeures ⁽³⁾⁽⁴⁾ (dentier, couronne, etc.) (par période d'assurance) Implants dentaires et certains soins s'y rattachant (maximum par enfant par 5 ans) Orthodontie ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ (maximum à vie par enfant)																				
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 tandis que 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 mise en bouche. Le dépliant « Le programme de soins dentaires » fournit des renseignements plus complets, notamment sur les périodes de remboursement et les soins non couverts.																				

⁽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. En règle générale, si un médicament biologique vous est prescrit, vous serez dirigés vers un médicament biosimilaire lorsqu'un tel médicament existe. ⁽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. ⁽³⁾Pour les restaurations majeures, nous vous conseillons de demander à la CCQ une estimation de remboursement. Pour le paiement direct, une estimation préalable est obligatoire. ⁽⁴⁾Les frais de laboratoire dentaire sont limités à 50 % des honoraires admissibles du dentiste ou du denturologue. ⁽⁵⁾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. **Pour obtenir plus de précisions sur les remboursements, consultez les dépliants spécifiques aux différentes protections d'assurance (voir la section « Renseignements additionnels » à la page 3).**