



PROTECTIONS D'ASSURANCE RÉGIME DES ÉLECTRICIENS « ME »

Vous êtes assuré pour la période
du 1^{er} juillet au 31 décembre 2023

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

Psychothérapeutes

À compter du 1^{er} juillet 2023, les frais que vous payerez pour une consultation auprès d'une ou d'un psychothérapeute détenant un permis de l'Ordre des psychologues seront remboursés. Le montant maximum remboursable indiqué dans la section des soins paramédicaux de ce bulletin varie selon votre régime d'assurance.

Hygiénistes dentaires

Saviez-vous que certains soins prodigués par des hygiénistes dentaires en pratique indépendante peuvent être remboursés? C'est le cas notamment de l'application topique de fluorure ou de scellants des puits et des fissures pour un patient de moins de 16 ans ou d'un traitement de parodontie pour les détartrages. Informez-vous auprès de votre hygiéniste dentaire.

Subvention de la RAMQ

Depuis le 1^{er} avril 2023, le remboursement offert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'achat de lunettes et de verres de contact pour les enfants de moins de 18 ans a augmenté à 300 \$ par période de 24 mois. Vous devez d'abord réclamer ces frais à la RAMQ. Le relevé de la RAMQ ainsi que la facture doivent ensuite être soumis à MÉDIC Construction puisque celle-ci tiendra compte de ce paiement de 300 \$ lors de votre prochaine demande de remboursement.

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 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, 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.

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 dans le présent document. Le *Règlement* est accessible sur le site Web de la CCQ, sous la rubrique « MÉDIC Construction ».

RÉGIME « ME »	PRESTATIONS
Assurance vie et mutilation accidentelle Ces protections cessent à la fin de la période d'assurance au cours de laquelle le salarié atteint l'âge de 70 ans.	
Prestation au décès (Le montant de la prestation dépend de la date du début de l'invalidité)	
du salarié avec personnes à charge	11 000 \$ à 25 000 \$
du salarié sans personne à charge	2 000 \$ à 16 000 \$
mort accidentelle du salarié (montant additionnel) seulement si vous avez cette protection	5 000 \$
du conjoint	1 000 \$ à 5 000 \$
d'un enfant à charge	250 \$ à 3 000 \$
Prestation pour mutilation accidentelle complète et définitive (salarié seulement, si vous avez cette protection) Selon la perte subie, le montant payable varie entre 0 \$ et le maximum indiqué.	5 000 \$ max.
Assurance salaire (salarié seulement)	
Cette protection s'adresse seulement à ceux qui la détenaient le 31 décembre 1995.	
longue durée (par mois)	8 000 heures ou plus* 1 400 \$

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

• L'assurance salaire de longue durée (indemnité mensuelle) se termine au plus tard lorsque le salarié atteint l'âge de 60 ans.

Protections d'assurance – Du 1^{er} juillet au 31 décembre 2023

RÉGIME « ME »

PRESTATIONS

Assurance maladie (salarié et personnes à charge)

Les protections d'assurance maladie cessent à la fin de la période d'assurance contenant la date du 65^e anniversaire de naissance du salarié.

Hospitalisation (chambre d'hôpital pour soins actifs)* *Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie	maximum payé	75 \$ / jour
Médicaments autorisés (substitution générique obligatoire/biosimilaire) 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.	franchise (par période d'assurance) remboursement remboursement possible jusqu'à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de	aucune 85 % 850 \$ / famille
Soins de la vue		
Examen de la vue		
salarié	maximum remboursé par 24 mois	70 \$
conjoint	maximum remboursé par 24 mois	70 \$
enfant à charge	maximum remboursé par 12 mois	70 \$
Lunettes et lentilles (incluant lentilles intraoculaires)		
salarié	maximum remboursé par 24 mois	375 \$
conjoint	maximum remboursé par 24 mois	350 \$
enfant à charge	maximum remboursé par 24 mois	200 \$
Lunettes de sécurité (avec ordonnance)		
salarié	maximum remboursé par 12 mois	250 \$
Frais pour correction de la vision par la chirurgie		
salarié (maximum 1 500 \$ à vie)	remboursement	60 %
conjoint (maximum 1 500 \$ à vie)	remboursement	60 %
Soins paramédicaux (remboursement à 100 %) Limite : une visite par jour par professionnel (Les soins prodigués par des proches parents du patient ne sont pas couverts.)		
chiropraticien	par visite	35 \$ max.
radiographies – chiropraticien	par période par personne	40 \$ max.
physiothérapeute et ergothérapeute	par visite	40 \$ max.
acupuncteur	par visite	35 \$ max.
audiologiste	par visite	50 \$ max.
psychologue, orthophoniste	par visite	55 \$ max.
podiatre, podologue	par visite	50 \$ max.
travailleur social, psychothérapeute	par visite	55 \$ max.
médecine douce (maximum de 10 visites par personne par période d'assurance pour l'ensemble des 6 professionnels suivants) :		
naturopathe	par visite	30 \$ max.
ostéopathe	par visite	45 \$ max.
massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute, kinothérapeute (pour chacun de ces 4 professionnels, une recommandation médicale distincte est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de la signature du médecin)	par visite	35 \$ max.
Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)	salarié :	850 \$
	chacune des personnes à charge :	850 \$
Appareils auditifs (remboursement à 100 %)	maximum remboursé par 36 mois	1 000 \$
piles pour appareils auditifs (remboursement à 100 %)	maximum remboursé par 12 mois	50 \$
Frais de laboratoire, imagerie médicale	remboursement	100 %
Seuls les examens de diagnostic sur prescription d'un médecin sont remboursables.	maximum remboursé par personne par 12 mois	1 500 \$
Exclusions : les bilans de santé et tous les frais liés aux consultations en clinique privée ne sont pas remboursables.		
Certains autres frais (voir page 4)		100 %
Programme Construire en santé – comprend les services de santé 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 4 000 \$ à vie par personne)	80 %
Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes	(maximum 4 000 \$ à vie par personne)	80 %
Aide aux travailleurs et à leur famille (autorisation préalable requise) Résolution de problèmes : relations de couple, familiaux ou psychologiques. Services d'orthopédagogue ou d'ergothérapeute pour enfant de moins de 18 ans (des conditions et limites s'appliquent).	maximum d'heures de consultation par année civile	12 / personne
Cessation tabagique		
Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé		oui
Traitement au laser (salarié et conjoint) (autorisation requise)	remboursement à maximum remboursé	50 % 300 \$ à vie
Interventions pré et post-opératoire ou hospitalisation (salarié seulement – autorisation préalable requise)		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
Urgence médicale à l'étranger (voir page 4) (certaines limites et conditions s'appliquent)		max. 100 %

Assurance dentaire (tarifs de l'année 2023 des guides de l'ACDQ, de l'ODQ et de l'OHDQ)

La protection d'assurance dentaire s'adresse uniquement à ceux qui la détenaient le 31 décembre 1995.

Elle cesse à la fin de la période d'assurance contenant la date du 65^e anniversaire de naissance du salarié.

Franchise par famille par période d'assurance		aucune
Salarié et conjoint (maximum par personne par période)		
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)		80 % 600 \$ max.
Parodontie (périodontie), endodontie		70 % } 1 150 \$
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.)		70 % } max.
Enfant à charge de moins de 21 ans (maximum par enfant)		
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.) (par période d'assurance)		80 % 600 \$ max.
Parodontie (périodontie), endodontie (par période d'assurance)		70 % } 1 150 \$
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) (par période d'assurance)		70 % } max.
Orthodontie (maximum à vie par enfant) (Plan de traitement obligatoire)		60 % 1 800 \$ max.

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. Pour obtenir plus de précisions, consultez les dépliants spécifiques aux différentes protections d'assurance.

URGENCE MÉDICALE À L'ÉTRANGER



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 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 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).

EXCLUSIONS

Le programme d'urgence médicale à l'étranger vous couvre quelle que soit votre condition médicale. **Important** : Les frais liés 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.

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 suivants 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 liés 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.

Certains autres frais couverts (assurance maladie)

* Des conditions particulières, des limites et des intervalles de temps s'appliquent au calcul des frais admissibles (ex.: maximum admissible de 30 \$ pour des béquilles).

Items	frais	% de remboursement	maximum remboursé*
Rapports médicaux exigés par la CCQ	30 \$ par rapport	100 %	30 \$ par rapport
Soins dentaires à la suite d'un accident (à des dents saines et naturelles)	admissibles*	100 %	Certaines conditions s'appliquent
Chirurgie plastique à la suite d'un accident	admissibles*	100 %	Certaines conditions s'appliquent
Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques*, barres de soutien, CPAP, etc.)	admissibles*	100 %	Certaines limites s'appliquent
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)	admissibles*	100 %	Certaines conditions s'appliquent

La « Déclaration de transport des usagers » des services ambulanciers doit être fournie.



RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Vous pouvez consulter votre dossier MÉDIC sur les services en ligne du site Web ccq.org.

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

