



PROTECTIONS D'ASSURANCE – Régime « M »

PU 48-11 (1111)

Vous êtes assuré pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2012

La carte MÉDIC Construction que vous venez de recevoir confirme que vous êtes assuré par les régimes d'assurance de l'industrie de la construction du Québec.

Si vous avez actuellement la protection d'assurance médicaments offerte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez l'annuler si vous obtenez la couverture d'assurance médicaments de MÉDIC Construction (vérifiez les protections inscrites sur votre carte).

Au début de l'année 2012, le personnel du siège social de la CCQ emménagera dans de nouveaux locaux. Les adresses ou cases postales figurant sur les formulaires et les enveloppes retour seront encore valides en 2012; vous pourrez donc continuer à les utiliser pour faire parvenir vos documents à la CCQ. Par ailleurs, le déménagement en plus du congé annuel des fêtes augmentera certainement le délai de traitement de vos demandes.

Soins dentaires

Soins de base



À compter du 1^{er} janvier 2012, le maximum remboursable par personne par période d'assurance pour les soins de diagnostic, prévention et traitement mineur passe de 500 \$ à 600 \$.

Soins majeurs

Vous prévoyez faire effectuer des restaurations dentaires majeures qui coûteront plus de 500 \$? Vous devriez soumettre préalablement une estimation à la CCQ afin de connaître le montant qui vous sera remboursé. Notez que vous avez l'obligation d'en soumettre une, si vous désirez payer ces frais en utilisant votre carte MÉDIC Construction.

Formulaire de réclamation

Vous faites votre demande de remboursement dentaire en utilisant le formulaire à cet effet? Ce dernier doit être signé par le salarié et par le dentiste.

Urgence médicale à l'étranger

Vous partez à l'étranger? N'oubliez pas votre carte MÉDIC Construction. Les numéros de téléphone pour l'urgence médicale à l'étranger inscrits au verso de votre carte sont très importants lorsqu'un événement nécessitant des soins médicaux survient.

Vous devez communiquer avec nous pour obtenir une autorisation avant que chaque traitement soit effectué. Par exemple, si nous approuvons des frais pour une consultation médicale, il n'est pas automatique que nous acceptons ceux pour une résonance magnétique. Selon l'événement, certains frais peuvent être couverts à 100 % tandis que d'autres peuvent l'être en fonction de votre régime d'assurance (ex. : Le maximum remboursé pour les frais de laboratoire varie de 337.50 \$ à 2200 \$ par personne, par période selon le régime d'assurance).

En conséquence, vous avez l'obligation de communiquer avec nous au moment de l'événement, mais aussi tout au long de votre suivi médical à l'étranger si vous voulez éviter les mauvaises surprises lors de votre demande de remboursement.

Équipement médical

Vous devez louer ou acheter de l'équipement médical? Une recommandation médicale doit être fournie à la CCQ avant d'effectuer la dépense. Cela permettra à la CCQ de déterminer s'il est plus avantageux de louer ou d'acheter cet équipement.

La déclaration de vos personnes à charge et de leurs protections d'assurance



Si vous êtes assuré par MÉDIC Construction, vous devez inscrire votre conjoint et vos enfants à charge à la CCQ si vous désirez qu'ils bénéficient de votre couverture d'assurance et puissent obtenir le remboursement de frais admissibles. Vous devez remplir le formulaire n° 3 « Déclaration par l'assuré de ses personnes à charge » et fournir les documents requis. 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).

Enfant à charge de plus de 18 ans

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, du Loisir et du Sport du Québec peut être reconnu à votre charge.

Pour cela vous devez remplir et signer le formulaire n° 4 « Attestation de fréquentation scolaire ». Vous devez également 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.

(suite à la page 2)



Association des entrepreneurs en construction du Québec



Association des constructeurs de routes et grands travaux du Québec



Corporation des maîtres électriciens du Québec



Conseil Provincial Inter national Construction



CSO CONSTRUCTION



CSN CONSTRUCTION



FTO CONSTRUCTION



Association de la construction du Québec



APCHA ASSOCIATION PROVINCIALE DES CONSTRUCTEURS D'HABITATIONS DU QUÉBEC INC.



CMMTQ Corporation des maîtres mécaniciens en tuyauterie du Québec



Syndicat Québécois Construction



Commission de la construction du Québec

(suite de la page 1)

La déclaration de vos personnes à charge et de leurs protections d'assurance

Si un formulaire n° 4 est incomplet ou s'il n'est pas signé par le salarié, ou si un des documents requis n'est pas fourni, la demande est retournée au salarié; cela retarde la reconnaissance de l'enfant à charge et le remboursement des dépenses faites en son nom.

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 décembre. Certaines exceptions peuvent survenir. C'est notamment le cas lorsqu'un enfant effectue un retour aux études après l'âge de 18 ans ou lorsqu'il a un conjoint.

Note : Un enfant qui atteint l'âge de 18 ans durant la période du 1^{er} janvier au 31 août demeure une personne à charge jusqu'au 31 août. Celui qui atteint cet âge durant la période du 1^{er} septembre au 31 décembre le demeure jusqu'au 31 décembre. **Il n'est donc pas nécessaire de fournir une attestation de fréquentation scolaire pour cette période.**

Protections d'assurance de votre conjoint

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 de votre 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. N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives requises. Tant que ces formulaires n'ont pas été traités par la CCQ, votre conjoint ne peut pas utiliser la carte MÉDIC Construction et le remboursement de ses réclamations est mis en suspens.

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

Vérification des personnes à charge

Lors de l'ajout ou du retrait d'une personne à charge ou lors de l'enregistrement d'une attestation de fréquentation scolaire, la CCQ procède à la mise à jour du dossier complet de l'assuré. Il est donc possible que vous receviez une lettre de la CCQ vous demandant de fournir les preuves requises pour la reconnaissance de votre conjoint et de vos enfants à charge.

Pour toute mise à jour, vous devez faire parvenir les documents demandés à la CCQ, qu'il s'agisse d'un formulaire à remplir ou de pièces justificatives à présenter, afin que la modification soit apportée à votre dossier. Si la CCQ ne reçoit pas les documents, la couverture d'assurance de vos personnes à charge sera suspendue.

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 www.ccq.org.

Vous pouvez consulter votre dossier MÉDIC par le biais des services en ligne du site Internet de la CCQ au www.ccq.org.

Conditions particulières, limites ou exclusions

Le présent document est produit aux fins d'information. Son contenu n'est pas exhaustif; des conditions particulières, limites ou exclusions peuvent s'appliquer même si elles ne sont pas mentionnées au Bulletin MÉDIC Construction. Seul le Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction a une valeur juridique.

Régime « M »

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2012

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 20 000 \$*

du salarié *sans personne à charge*

2 000 \$ à 11 000 \$*

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 1 000 \$

Prestation pour mutilation accidentelle complète et définitive (salarié seulement, si vous avez cette protection)

5 000 \$* max.

* Ces montants sont réduits de moitié lorsque le salarié atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite.

Assurance salaire (salarié seulement)

Cette protection s'adresse seulement à ceux qui la détenaient le 31 décembre 1995.

courte durée (par semaine)

moins de 8 000 heures*

325 \$

8 000 heures ou plus*

425 \$


longue durée (par mois)

8 000 heures ou plus*

1 075 \$

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

- L'assurance salaire de courte durée (indemnité hebdomadaire) se termine au plus tard lorsque 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.
- Aucune indemnité n'est payée pour une période se terminant 30 jours avant la date à laquelle la demande de prestation 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 (CSST). Cependant, une personne qui ne l'est pas n'a pas droit à l'assurance salaire en cas d'accident (de travail ou d'un autre type) ou de maladie professionnelle.

 indique une amélioration.

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.

| | | |
|--|---|---|
| Frais d'hospitalisation – chambre | maximum payé | 75 \$ / jour |
| Médicaments autorisés incluant les produits pour arrêter de fumer couverts par la Loi de l'assurance médicaments du Québec | franchise (par période d'assurance) remboursement remboursement à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de | 20 \$ / famille 80 % 750 \$ / famille |
| Soins de la vue | | |
| Examen de la vue : 70 \$ maximum par personne par 12 mois | | |
| Lunettes et lentilles | | |
| salarié (par 24 mois) | remboursement maximum | 250 \$ |
| conjoint (par 24 mois) | remboursement maximum | 200 \$ |
| enfant à charge (par 12 mois) | remboursement maximum | 200 \$ |
| Lunettes de sécurité (par 12 mois) (avec ordonnance) | | |
| salarié | remboursement maximum | 250 \$ |
| Soins paramédicaux (remboursement à 100 %) (Les soins prodigués par des proches parents du patient ne sont pas couverts.) | | |
| chiropraticien | par traitement | 27 \$ max. |
| radiographies – chiropraticien | par période par personne | 28 \$ max. |
| physiothérapeute | par traitement | 24 \$ max. |
| acupuncteur | par traitement | 24 \$ max. |
| psychologue, podiatre, podologue, orthophoniste et audiologiste | par traitement | 40 \$ max. |
| travailleur social | par traitement | 40 \$ max. |
| médecine douce (maximum de 10 traitements par personne par période d'assurance pour l'ensemble des 6 professionnels – voir la liste des associations reconnues au verso du formulaire n° 1) | | |
| massothérapeute, kinésithérapeute, kinothérapeute, orthothérapeute (une recommandation médicale est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de signature par le médecin) | par traitement | 24 \$ max. |
| ostéopathe, naturopathe | par traitement | 24 \$ max. |
| Maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux (par période) | salarié : chacune des personnes à charge : | 550 \$ 550 \$ |
| Appareils auditifs (remboursement à 100 %) | maximum remboursé par 36 mois | 500 \$ |
| piles pour appareils auditifs (remboursement à 100 %) | maximum remboursé par 12 mois | 50 \$ |
| Frais de laboratoire | remboursement frais admissibles maximum remboursé par personne par 12 mois | 90 % 475 \$ 427,50 \$ |
| Certains autres frais (voir page 4) | | 90 % |
| Programme Construire en santé – comprend les services de santé suivants : | | |
| Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif | (maximum 2 500 \$ à vie par personne) | 80 % |
| Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes | (maximum 2 500 \$ 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 | 12 / famille |
| Cessation tabagique | | |
| Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé | | oui |
| Traitement au laser (salarié et conjoint) (autorisation requise) | remboursement à remboursement maximum | 50 % 300 \$ à vie |
| 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 année 2012 des associations des chirurgiens-dentistes et des denturologistes du Québec)

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 | | 20 \$ |
| Salarié et conjoint (maximum par personne par période) | | |
|  Diagnostic, prévention, traitement mineur | | 80 % 600 \$ max. |
| Parodontie (périodontie), endodontie | | 80 % } 1100 \$ |
| Restaurations majeures (dentier*, couronne, etc.) | | 70 % } max. |
| Enfant à charge de moins de 21 ans (maximum par enfant) | | |
|  Diagnostic, prévention, traitement mineur (par période d'assurance) | | 80 % 600 \$ max. |
| Parodontie (périodontie), endodontie (par période d'assurance) | | 80 % } 1400 \$ |
| Restaurations majeures (dentier*, couronne, etc.) (par période d'assurance) | | 70 % } max. |
| Orthodontie (maximum à vie par enfant) (Plan de traitement obligatoire) | | 60 % 2400 \$ max. |

* Achat de dentier : une fois par 5 ans de la date de la mise en bouche.

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.

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

Pour obtenir plus de précisions, consultez les dépliants spécifiques aux différentes protections d'assurance (Voir la section « Renseignements additionnels » à la page 2).

Urgence médicale à l'étranger

Lorsque survient une urgence médicale à l'extérieur du Québec, vous devez obligatoirement nous contacter avant d'engager des frais. Les numéros de téléphone à composer sont inscrits au verso de votre carte MÉDIC Construction. Après nous avoir contacté pour un événement, 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).

Les services d'urgence médicale à l'étranger de MÉDIC Construction sont fournis par Desjardins Sécurité financière.

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.

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 – Services de santé assurés hors 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.

Certains autres frais couverts (assurance maladie)

(des limites peuvent s'appliquer au remboursement, par exemple : maximum admissible de 30 \$ pour béquilles)

| Items | frais admissibles | % de remboursement | maximum remboursé |
|---|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Rapports médicaux exigés par la CCQ | 30 \$ par rapport | 90 % | 27 \$ par rapport |
| Soins dentaires à la suite d'un accident (à des dents saines et naturelles) | Frais encourus | 90 % | Certaines conditions s'appliquent |
| Chirurgie plastique à la suite d'un accident | Frais encourus | 90 % | Sans limite |
| Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, orthèses, barres de soutien, etc.) | Frais encourus | 90 % | Certaines limites s'appliquent |
| Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence) | Frais encourus | 90 % | Certaines conditions s'appliquent |

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