



PROTECTIONS D'ASSURANCE – Régime « M »

PU 48-11 (1805)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soins de la vue

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

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

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

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

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

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

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

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

Les conditions pour être assuré

Pour chaque heure de travail que vous effectuez sur un chantier, votre employeur verse une cotisation qui servira à vous assurer. Toutefois, vous devez avoir travaillé un minimum de 300 heures pour être assuré par un régime de base. Par exemple, vos heures travaillées de septembre 2017 à février 2018 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

Pour certains métiers ou occupations, les employeurs versent une cotisation supplémentaire prévue par les conventions collectives qui permet à ces travailleurs d'obtenir des protections additionnelles.

(suite à la page 2)



ASSOCIATION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC



CMMTQ
Corporation des maîtres mécaniciens en tuyauterie du Québec



CONSTRUCTION



(suite de la page 1)

Cependant, pour obtenir ces protections supplémentaires, vous devez être assuré par un régime de base (A, B, C ou D) et avoir le montant requis de cotisations supplémentaires selon ce régime de base.

MÉDIC Construction offre aussi des régimes d'assurance aux retraités de l'industrie. Pour y être admissible, vous devez être assuré par un des régimes A, B, C ou D de base ou supplémentaire et avoir accumulé au moins 21 000 heures au régime de retraite avant de prendre votre retraite.

La déclaration de vos personnes à charge

Pour que votre conjoint et vos enfants puissent obtenir le remboursement de leurs frais médicaux admissibles, vous devez remplir le formulaire n° 3 « Déclaration par l'assuré de ses personnes à charge » et fournir les documents requis.

Un enfant âgé de plus de 18 ans, mais de moins de 26 ans, qui est aux études à temps plein et qui fréquente une maison d'enseignement reconnue par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur peut être reconnu à votre charge.

Pour cela vous devez remplir et signer le formulaire n° 4 « Attestation de fréquentation scolaire » et fournir une confirmation de fréquentation scolaire obtenue de la maison d'enseignement **après le début des cours**, pour chacune des sessions d'études d'automne et d'hiver. Habituellement, l'attestation fournie pour la session d'hiver permet de reconnaître l'enfant à charge du 1^{er} janvier au 31 août; celle fournie pour la session d'automne permet de le reconnaître du 1^{er} septembre au 31 janvier de l'année suivante.

Note : Un enfant qui atteint l'âge de 18 ans entre janvier et août demeure une personne à charge jusqu'au 31 août. Celui qui atteint cet âge entre septembre et décembre le demeure jusqu'au 31 janvier de l'année suivante. **Il n'est donc pas nécessaire de fournir une attestation de fréquentation scolaire pour cette période.**

MÉDIC Construction exige que tous ses assurés (salarié ou retraité) déclarent les protections d'assurance de leur conjoint. Vous devez utiliser le formulaire n° 6 « Déclaration des protections d'assurance du conjoint » pour fournir les renseignements requis à la CCQ. Si vous déclarez votre conjoint par le formulaire n° 3 mentionné précédemment, vous devez déclarer ses protections d'assurance à l'aide du formulaire n° 6A qui y est annexé.

Si un formulaire est incomplet ou s'il n'est pas dûment signé, ou si un des documents requis n'est pas fourni, la demande vous est retournée; cela retarde la reconnaissance de votre conjoint ou de votre enfant à charge et le remboursement des dépenses faites en son nom.

Il est également important d'informer la CCQ de tout changement au statut de vos personnes à charge. Vous pourriez être obligé de rembourser les montants payés par le régime d'assurance pour les dépenses effectuées pour une personne qui n'est plus à votre charge (exemple : lorsqu'une personne cesse d'être votre conjoint).

La déclaration de vos bénéficiaires désignés

Vos personnes à charge ne sont pas automatiquement vos bénéficiaires désignés pour l'assurance vie c'est-à-dire les personnes qui recevront le paiement de votre assurance vie à votre décès.

De la même façon, lorsque vous retirez des personnes à charge de votre dossier d'assurance pour les réclamations, elles ne sont pas automatiquement retirées de la liste de vos bénéficiaires désignés pour l'assurance vie.

Pour informer la CCQ lorsque vous voulez modifier vos bénéficiaires (ajout ou retrait), vous devez remplir et signer le formulaire « Désignation ou révocation de bénéficiaire (assurance vie seulement) » et le faire parvenir à l'adresse qui y est indiquée. Aucune désignation ou révocation ne peut être effectuée par téléphone. Le formulaire est disponible sur le site Web ccq.org.

Renseignements additionnels

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

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

Conditions particulières, limites ou exclusions

Le présent document est produit et diffusé uniquement à des fins d'information. *Seul le Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction* [c. R-20, r. 10] publié par l'Éditeur officiel du Québec a une valeur officielle et juridique. Ainsi, il a préséance sur les informations contenues au présent document. Le règlement est accessible sur le site Internet de la CCQ, sous la rubrique MÉDIC Construction.

Régime « M »

Du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018

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 <i>avec personnes à charge</i>	11 000 \$ à 20 000 \$*
du salarié <i>sans personne à charge</i>	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)
Selon la perte subie, le montant payable varie entre 0 \$ et le maximum indiqué.

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.

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

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 pour soins actifs)* *Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie	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 (incluant lentilles intraoculaires)		
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 \$
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	27 \$ max.
radiographies – chiropraticien	par période par personne	35 \$ max.
physiothérapeute	par visite	40 \$ max.
acupuncteur	par visite	35 \$ max.
audiologiste	par visite	45 \$ max.
psychologue, orthophoniste	par visite	55 \$ max.
podiatre, podologue	par visite	40 \$ max.
travailleur social	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	par visite	35 \$ max.
(pour ces 4 professionnels, une recommandation médicale est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de la signature du médecin)		
Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)	salarié :	700 \$
	chacune des personnes à charge :	700 \$
Appareils auditifs (remboursement à 100 %)		
piles pour appareils auditifs (remboursement à 100 %)	maximum remboursé par 36 mois maximum remboursé par 12 mois	500 \$ 50 \$
Frais de laboratoire, imagerie médicale	remboursement	90 %
Seuls les examens de diagnostic sur prescription d'un médecin sont remboursables.	maximum remboursé par personne par 12 mois	427,50 \$
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)		90 %
Programme Construire en santé – comprend les services de santé suivants : <i>Veillez communiquer avec Construire en santé avant d'engager des frais remboursables par ce programme.</i>		
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 civile	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 2018 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

Salarié et conjoint (maximum par personne par période)		20 \$
Diagnostic, prévention, traitement mineur (obturation, extraction, etc.)		80 % 600 \$ max.
Parodontie (périodontie), endodontie		80 % } 1 100 \$
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)		80 % } 1 400 \$
Restaurations majeures (dentier, couronne, etc.) (par période d'assurance)		70 % } max.
Orthodontie (maximum à vie par enfant) (Plan de traitement obligatoire)		60 % 2 400 \$ 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.

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

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 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).

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 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 liées 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.

MÉDIC Construction ne rembourse pas les frais médicaux engagés dans un pays pour lequel le gouvernement du Canada diffuse, en raison de troubles civils, d'une guerre, d'une rébellion ou d'une instabilité politique, l'avertissement « *Éviter tout voyage* » sur son site Web www.canada.ca sous la rubrique « Voyage », à moins que les frais de rapatriement ou les frais médicaux à être engagés soient raisonnables compte tenu de la gravité des cas, de la pratique médicale, de la situation géopolitique dans ce pays et qu'ils aient été préalablement approuvés par MÉDIC Construction.

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 les services de santé couverts à l'extérieur du Québec* » que vous obtenez de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
2. Expédiez ce formulaire et l'original de vos reçus à la RAMQ. Conservez une photocopie de vos reçus.
3. Après étude de votre demande, la RAMQ vous enverra un avis de paiement ou un avis de refus. Si la RAMQ ne vous a pas remboursé à 100 %, remplissez le formulaire n° 1 « *Demande d'indemnisation pour frais médicaux et soins professionnels* » de MÉDIC Construction et faites-le parvenir à la CCQ, accompagné de l'avis reçu de la RAMQ et des photocopies de vos reçus.

Certaines limites, conditions et exclusions s'appliquent. Entre autres, les frais liés à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ne sont pas couverts.

Certains autres frais couverts (assurance maladie)

*Des conditions particulières et des limites peuvent s'appliquer au remboursement, par exemple : maximum admissible de 30 \$ pour des 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 engagés	90 %	Certaines conditions s'appliquent
Chirurgie plastique à la suite d'un accident	Frais engagés	90 %	Certaines conditions s'appliquent
Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques*, barres de soutien, etc.) *Franchises par chaussures orthopédiques : salarié et conjoint : 150 \$ par paire enfant à charge : 100 \$ par paire	Frais engagés	90 %	Certaines limites s'appliquent
Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence) La « <i>Déclaration de transport des usagers</i> » des services ambulanciers doit être fournie.	Frais engagés	90 %	Certaines conditions s'appliquent