

MÉDIC

construction

À CONSERVER

des Régime travailleurs des métiers de la truelle

(AB, BB, CB, DB)

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

NOUVEAU

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.

(suite à la page 2)





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.

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 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. 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.

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.

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

Pour plus de renseignements

Vous pouvez communiquer avec votre représentant syndical ou patronal, ou encore avec le service à la clientèle de la CCQ :

Abitibi-Témiscamingue

Tél.: 819 825-4477

Bas-Saint-Laurent-Gaspésie

Tél.: 418 724-4491

Côte-Nord

Tél.: 418 962-9738

Tél.: 418 589-3791

Estrie

Tél.: 819 348-4115

Mauricie-Bois-Francs

Tél.: 819 379-5410

Montréal

Tél.: 514 341-2686

Outaouais

Tél.: 819 243-6020

Québec

Tél.: 418 624-1173

Saguenay- Lac-Saint-Jean

Tél.: 418 549-0627

Ligne sans frais : 1 888 842-8282

Assurance maladie



des Régime travailleurs des métiers de la truelle

À moins d'indication contraire, le salarié et ses personnes à charge bénéficient des protections d'assurance maladie suivantes et les frais admissibles sont remboursés à 100 %.

		AB	BB	CB	DB
	Hospitalisation (frais pour une chambre) maximum payé	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour	75 \$ / jour
	Médicaments autorisés⁽¹⁾				
	franchise (par période d'assurance)	aucune	aucune	30 \$ / famille	40 \$ / famille
	remboursement à	90 %	80 %	75 %	75 %
	remboursement à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de	750 \$ / famille	750 \$ / famille	750 \$ / famille	750 \$ / 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 (par 12 mois)				
	salarié remboursement maximum	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$
	conjoint remboursement maximum	70 \$	70 \$	70 \$	aucun
	enfant à charge remboursement maximum	70 \$	70 \$	aucun	aucun
	Lunettes et lentilles				
	salarié (par 24 mois) remboursement maximum	550 \$	400 \$	150 \$	aucun
	conjoint (par 24 mois) remboursement maximum	400 \$	400 \$	150 \$	aucun
	enfant à charge (par 12 mois) remboursement maximum	400 \$	300 \$	aucun	aucun
	Lunettes de sécurité (par 12 mois) (avec ordonnance)				
	salarié seulement remoursement maximum	250 \$	250 \$	250 \$	250 \$
	Traitement au laser ou lasik pour correction de la vue				
	salarié seulement (maximum 1 500 \$ à vie) remboursement à	50 %	50 %	aucun	aucun
	Soins paramédicaux⁽²⁾ (*régime CB : salarié seulement)				
	remboursement maximum				
	chiropraticien par traitement	45 \$	40 \$	24 \$*	aucun
	radiographies – chiropraticien par période par personne	35 \$	30 \$	28 \$*	aucun
	physiothérapeute par traitement	45 \$	40 \$	24 \$*	aucun
	acupuncteur par traitement	35 \$	30 \$	24 \$*	aucun
	psychologue par traitement	60 \$	40 \$	40 \$*	aucun
	orthophoniste par traitement	50 \$	40 \$	40 \$*	aucun
	audiologiste, podiatre et podologue par traitement	50 \$	40 \$	40 \$*	aucun
	travailleur social par traitement	50 \$	40 \$	aucun	aucun
	médecine douce				
	maximum de 10 traitements par personne par période d'assurance pour l'ensemble des 6 professionnels				
	naturopathe, ostéopathe par traitement	45 \$	40 \$	aucun	aucun
	massothérapeute, kinésithérapeute, kintothérapeute, orthothérapeute (une recommandation médicale est requise; elle est valide 12 mois à compter de la date de signature par le médecin)				
	par traitement	45 \$	40 \$	aucun	aucun
	Maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux (par période)				
	salarié :	1 000 \$	800 \$	440 \$	0 \$
	chacune des personnes à charge :	1 000 \$	800 \$	0 \$	0 \$

⁽¹⁾ Incluant les produits pour arrêter de fumer couverts par la Loi de l'assurance médicaments du Québec.







⁽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; consultez la liste au verso du formulaire n° 1 « Demande d'indemnisation pour frais médicaux et soins professionnels ».

Assurance maladie (suite)




des Régime travailleurs des métiers de la truelle


À moins d'indication contraire, le salarié et ses personnes à charge bénéficient des protections d'assurance maladie suivantes et les frais admissibles sont remboursés à 100 %

		AB	BB	CB	DB
	Appareils auditifs remboursement maximum par 36 mois piles pour appareils auditifs/ remboursement maximum par 12 mois	1 000 \$ 50 \$	1 000 \$ 50 \$	1 000 \$ 50 \$	800 \$ 50 \$
	Frais de laboratoire remboursement à remboursement maximum par personne par 12 mois	100 % 1 250 \$	100 % 1 250 \$	100 % 1 250 \$	100 % 500 \$
	Rapports médicaux exigés par la CCQ remboursement à remboursement maximum	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 admissibles*	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Chirurgie plastique à la suite d'un accident remboursement à frais admissibles*	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Fournitures médicales prescrites prévues au régime (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, etc.) remboursement à frais admissibles*	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés
	Transport en ambulance à l'hôpital le plus proche (sur ordonnance ou en cas d'urgence) remboursement à frais admissibles* La « Déclaration de transport des usagers » des services ambulanciers doit être fournie.	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés	90 % frais engagés

* Des conditions particulières et des limites peuvent s'appliquer aux remboursements des protections d'assurance (exemple : maximum admissible de 30 \$ pour béquilles).

	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 :	AB	BB	CB	DB
	Traitement de l'alcoolisme, autres toxicomanies et jeu compulsif (maximum 4 000 \$ à vie par personne) remboursement à	80 %	80 %	80 %	80 %
	Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes (maximum 2 500 \$ à vie par personne) remboursement à	80 %	80 %	80 %	80 %
	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	24 / famille	24 / famille	12 / famille	12 / famille
	Cessation tabagique				
	Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé	oui	oui	oui	oui
	Traitement au laser (salarié et conjoint) remboursement à (autorisation requise) remboursement maximum	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 %	100 %	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

Demandez le dépliant « Construire en santé – un programme unique » pour plus de renseignements.

Assurance dentaire



des **Régime travailleurs des métiers de la truelle**

○ indique une amélioration.

Médic Construction utilise les tarifs de l'année 2012 des associations des chirurgiens-dentistes et des denturologistes du Québec.

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

	AB	BB	CB	DB
Franchise par famille par période d'assurance	aucune	20 \$	45 \$	AUCUN REMBOURSEMENT
Salarié et conjoint				
Diagnostic, prévention, traitement mineur	remboursement à 90 %	80 %	60 %	
maximum par personne par période	600 \$	600 \$	600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie	remboursement à 90 % } 1 200 \$ ⁽¹⁾	80 % } 1 100 \$ ⁽¹⁾	60 % } 750 \$ ⁽¹⁾	
Restaurations majeures ⁽¹⁾⁽⁴⁾ (dentier ⁽²⁾ , couronne, etc.)	remboursement à 80 % }	70 % }	aucun	
Enfant à charge de moins de 21 ans				
Diagnostic, prévention, traitement mineur	remboursement à 90 %	80 %	60 %	
maximum par enfant par période	600 \$	600 \$	600 \$	
Parodontie (périodontie), endodontie	remboursement à 90 % } 1 500 \$ ⁽¹⁾	80 % } 1 400 \$ ⁽¹⁾	60 % } 750 \$ ⁽¹⁾	
Restaurations majeures ⁽¹⁾⁽⁴⁾ (dentier ⁽²⁾ , couronne, etc.)	remboursement à 80 % }	70 % }	aucun	
Orthodontie ⁽³⁾⁽⁴⁾	remboursement à 100 %	60 %	aucun	
(Plan de traitement obligatoire)	maximum à vie par enfant 3 000 \$	2 400 \$	-	

⁽¹⁾ Maximum par personne par période d'assurance.

⁽¹⁾ Pour les restaurations majeures, nous vous conseillons de demander à la CCQ une estimation du remboursement. Pour le paiement direct, l'estimation préalable est obligatoire.

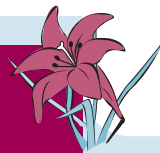
⁽²⁾ Achat de dentier : une fois par 5 ans de la date de la mise en bouche.

⁽³⁾ Le remboursement de l'orthodontie dépend du régime dont vous bénéficiez lorsque le traitement est effectué. La carte MÉDIC Construction ne peut pas être utilisée pour le paiement direct des frais d'orthodontie.

⁽⁴⁾ Les frais de laboratoire dentaire sont limités à 50 % des honoraires admissibles du dentiste ou du denturologue.

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.

Assurance vie et mutilation accidentelle



des **Régime travailleurs des métiers de la truelle**

À compter de la période d'assurance suivant le 70^e anniversaire du salarié, les prestations payables au décès sont celles des régimes de base et les montants pour décès accidentel et pour mutilation accidentelle cessent.

	AB		BB		CB		DB	
	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans	- 65 ans	+ 65 ans
Prestation au décès (8 000 heures ou plus)*								
du salarié avec personnes à charge	45 000 \$	32 500 \$	40 000 \$	30 000 \$	35 000 \$	27 500 \$	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	27 500 \$	27 500 \$	22 500 \$	22 500 \$	10 000 \$	10 000 \$	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 \$
Prestation au décès (moins de 8 000 heures)*								
du salarié avec personnes à charge	35 000 \$	25 000 \$	35 000 \$	22 500 \$	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	17 500 \$	17 500 \$	12 500 \$	12 500 \$	10 000 \$	10 000 \$	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	15 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
Prestation maximale pour mutilation accidentelle complète et définitive du salarié	15 000 \$	15 000 \$	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.

* Heures travaillées accumulées au régime de retraite du salarié à la date du décès.

Assurance salaire et crédits d'heures



des **Régime travailleurs des métiers de la truelle**

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

AB

BB

CB

DB

Assurance salaire

Prestations de courte durée (par semaine)	moins de 4 000 heures*	375 \$	375 \$	350 \$	aucune
	de 4 000 à moins de 6 000 heures*	450 \$	450 \$	425 \$	aucune
	6 000 heures ou plus*	525 \$	525 \$	475 \$	aucune
Prestations de longue durée (par mois)	6 000 heures ou plus**	1 650 \$	1 525 \$	1 200 \$	aucune

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

** 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.

- 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 (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. 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 (RHDC). 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 17 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 de compassion pourraient vous donner droit à des crédits d'heures qui vous permettraient 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 vous recevez des prestations d'assurance salaire. Dans tous les autres cas, vous devez en faire la demande. Communiquez avec la CCQ ou consultez le site Internet www.ccq.org pour obtenir le formulaire requis.

Avances d'indemnités

- Vous pourriez avoir droit à des prestations lorsque vous contestez certaines décisions de la CSST ou de la SAAQ, ou lorsque ces organismes tardent à rendre une décision sur votre dossier.

Réadaptation

- MÉDIC Construction offre un programme de réadaptation pour faciliter le retour au travail du salarié invalide. Consultez le dépliant « Programme de réadaptation » pour information.

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 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.

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

English copy available on request.



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).

Lorsque survient une urgence médicale, vous devez obligatoirement communiquer avec nous 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.

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.

En cas d'accident automobile à l'extérieur du Québec (que vous soyez conducteur, passager, piéton ou cycliste), vous devez communiquer avec la Société de l'assurance automobile du Québec au 1 800 463-6898 du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (numéro sans frais au Canada et aux États-Unis).

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 – 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.

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.

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)
- Le programme de réadaptation (à la suite d'une invalidité)
- La carte MÉDIC Construction
- Les conditions d'assurabilité