

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 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
Articles médicaux prescrits prévus au régime (béquilles, chaussures orthopédiques, orthèses, CPAP, etc.) Franchises pour chaussures orthopédiques : Salaire et conjoint : 150 \$ par paire Enfant à charge : 100 \$ par paire Orthèses podiatriques : Maximum de 350 \$ par paire Salaire 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.

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'évènement 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 au présent document. Le règlement est accessible sur le site Web de la CCQ, sous la rubrique MÉDIC Construction.

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. 24 n°1 - Janvier 2025

PL4880-110401(2411)

RÉGIME D'ASSURANCE AUX RETRAITÉS

Réserve d'heures

Les heures demeurent dans votre réserve après avoir déterminé votre régime d'assurance pour la période de juillet à décembre 2024 ont été cotisées à 2,99 \$/heure. Les couvertures d'assurance offertes pour la période de janvier à juin 2025 sont basées sur des heures cotisées à 3,11 \$/heure. Vos heures en réserve doivent donc être ajustées pour refléter leur vraie valeur.

Par exemple, si vous aviez 1 000 heures en réserve, le calcul se fait de cette façon :

1 000 h × 2,99 \$/3,11 \$ = 961,41 h

Le montant total de 1 000 h × 2,99 \$ = 2 990 \$

Cela équivaut à 961,41 h × 3,11 \$ = 2 990 \$

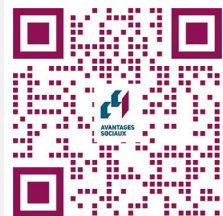
Visionnez la capsule vidéo expliquant le fonctionnement de l'ajustement de la réserve d'heures (Exemple présenté : taux de juillet 2022 augmentant en janvier 2023) sous l'onglet « Être assuré par les heures » de la page « **Assurance de base** » du site Web de la CCQ.

VIRAGE NUMÉRIQUE



Saviez-vous qu'une version numérique de ce bulletin est aussi accessible en ligne en numérisant le code QR ci-contre.

Pour effectuer une simulation, utilisez l'application MÉDIC en ligne ou connectez-vous via les services en ligne au sel.ccq.org.



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 2024 sont utilisées pour déterminer votre régime d'assurance du 1^{er} janvier au 30 juin 2025.

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 conventions 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 incluant l'attestation de fréquentation scolaire si vous déclarez pour la première fois un enfant qui a déjà atteint l'âge de 18 ans. 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 2025

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 la couverture d'assurance médicaments est incluse dans le régime aux retraités de MÉDIC Construction que vous avez choisi.

Psychoéducateurs et psychoéducatrices

À compter du 1^{er} janvier 2025, les frais que vous paierez pour une consultation auprès de ce professionnel ou cette professionnelle membre de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec seront remboursés. Le montant maximum remboursable est indiqué dans la section des soins paramédicaux de votre bulletin.

Délais à respecter

Saviez-vous qu'il y a des délais à respecter entre deux achats d'un même appareil, fourniture ou équipement thérapeutique? Cela s'applique également aux soins dentaires et aux soins de la vue.

Par exemple, pour obtenir le remboursement maximum à l'achat de lunettes, **24 mois, jour pour jour**, doivent s'être écoulés entre vos deux achats. **La date d'achat est la date de la facture indiquant que le paiement final a été effectué, c'est-à-dire que le solde à payer est égal à 0 \$.**

Il ne faut pas utiliser la date à laquelle vous avez versé un acompte, pour déterminer la période de 24 mois. Vous ne vous souvenez plus de la date d'achat exacte? Vérifiez l'historique de vos remboursements et faites une simulation dans MÉDIC en ligne. Cela diminuera le risque de ne pas recevoir le montant auquel vous vous attendiez.

(suite en page 3)

PROTECTIONS D'ASSURANCE		BASE		COUVREURS		ÉLECTRICIENS			FERBLANTIERS		TRAVAILLEURS DE LIGNES			MÉCANICIENS DE CHANTIER			TUYAUTEURS			
		R1	R2	RC1	RC2	RE1	RE2	RE3	RF1	RF2	RL1	RL2	RL3	RM1	RM2	RM3	RT1	RT2	RT3	R3, RC3, RF3
Assurance vie (prestation au décès)																				
du retraité avec personnes à charge		12 500 \$	7 500 \$	17 500 \$	12 500 \$	25 000 \$	20 000 \$	15 000 \$	17 500 \$	12 500 \$	35 000 \$	25 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	20 000 \$	15 000 \$	5 000 \$
du retraité sans personne à charge		12 500 \$	7 500 \$	17 500 \$	12 500 \$	20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	17 500 \$	12 500 \$	35 000 \$	25 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	20 000 \$	15 000 \$	10 000 \$	5 000 \$
du conjoint		7 500 \$	5 000 \$	12 500 \$	10 000 \$	15 000 \$	12 000 \$	5 000 \$	12 500 \$	10 000 \$	13 500 \$	11 000 \$	5 000 \$	15 000 \$	12 000 \$	5 000 \$	15 000 \$	12 000 \$	5 000 \$	5 000 \$
d'un enfant à charge		7 500 \$	5 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$	7 500 \$	5 000 \$	5 000 \$	7 500 \$	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)* maximum payé		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	0 \$	75 \$ / jour	75 \$ / jour	0 \$	0 \$
*Hôpital doté de services d'urgence et de chirurgie.																				
Médicaments autorisés* (substitution générique obligatoire/biosimilaire) ⁽¹⁾																				
*si la prime requise est payée																				
franchise remboursement à		aucune	25 \$ / fam. 70 %	aucune	25 \$ / fam. 75 %	aucune	25 \$ / fam. 90 %	50 \$ / fam. 70 %	aucune	25 \$ / fam. 75 %	aucune	aucune	25 \$ / fam. 75 %	aucune	25 \$ / fam. 75 %	50 \$ / fam. 70 %	aucune	25 \$ / fam. 80 %	50 \$ / fam. 70 %	50 \$ / fam. 70 %
remboursement possible jusqu'à 100 % lorsqu'est atteint le plafond annuel de		850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.	850 \$ / fam.
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 maximum remboursé par 24 mois		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		
conjoint maximum remboursé par 24 mois		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		
enfant à charge maximum remboursé par 12 mois		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$	70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		70 \$	70 \$		
Lunettes et lentilles (incluant lentilles intraoculaires)																				
retraité maximum remboursé par 24 mois		300 \$	200 \$	350 \$	250 \$	550 \$	375 \$		350 \$	250 \$	550 \$	425 \$		550 \$	375 \$		550 \$	375 \$		
conjoint maximum remboursé par 24 mois		300 \$	150 \$	350 \$	200 \$	500 \$	300 \$		350 \$	200 \$	500 \$	350 \$		500 \$	300 \$		500 \$	300 \$		
enfant à charge maximum remboursé par 24 mois		300 \$	100 \$	350 \$	100 \$	350 \$	100 \$		350 \$	100 \$	350 \$	200 \$		350 \$	100 \$		350 \$	100 \$		
Lunettes de sécurité (avec ordonnance)																				
retraité seulement maximum remboursé par 12 mois		250 \$	250 \$	250 \$	250 \$	250 \$	250 \$		250 \$	250 \$	250 \$	250 \$		250 \$	250 \$		250 \$	250 \$		
Frais pour correction de la vision par la chirurgie		retraité non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	1 500 \$	non couvert		non couvert	non couvert	1 500 \$	non couvert		550 \$	375 \$		550 \$	375 \$		
remboursement à 60 %, maximum à vie par personne conjoint		non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	1 500 \$	non couvert		non couvert	non couvert	1 500 \$	non couvert		non couvert	non couvert		non couvert	non couvert		
Soins paramédicaux⁽²⁾																				
Limite : une visite par jour par professionnel maximum remboursé																				
chiropraticien par visite		30 \$	27 \$	30 \$	27 \$	40 \$	35 \$		30 \$	27 \$	35 \$	35 \$		40 \$	35 \$		40 \$	35 \$		
radiographies – chiropraticien par période par personne		28 \$	28 \$	28 \$	28 \$	50 \$	40 \$		28 \$	28 \$	45 \$	30 \$		50 \$	45 \$		50 \$	40 \$		
physiothérapeute par visite		30 \$	24 \$	30 \$	24 \$	50 \$	40 \$		30 \$	24 \$	35 \$	35 \$		50 \$	40 \$		50 \$	40 \$		
ergothérapeute par visite		0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	50 \$	40 \$		0 \$	0 \$	0 \$	0 \$		0 \$	0 \$		50 \$	40 \$		
acupuncteur par visite		30 \$	24 \$	30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		
psychologue et orthophoniste par visite		50 \$	40 \$	50 \$	40 \$	60 \$	50 \$		50 \$	40 \$	60 \$	50 \$		60 \$	50 \$		60 \$	50 \$		
audiologiste, podiatre et podologue par visite		50 \$	40 \$	50 \$	40 \$	50 \$	50 \$		50 \$	40 \$	50 \$	50 \$		50 \$	50 \$		50 \$	50 \$		
travailleur social, psychothérapeute, psychoéducateur par visite		50 \$	40 \$	50 \$	40 \$	50 \$	50 \$		50 \$	40 \$	50 \$	50 \$		50 \$	40 \$		50 \$	50 \$		
médecine douce maximum 10 visites par période par personne pour l'ensemble des 6 professionnels suivants :																				
naturopathe par visite		30 \$	24 \$	30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		
ostéopathe par visite		30 \$	24 \$	30 \$	24 \$	50 \$	30 \$		30 \$	24 \$	50 \$	30 \$		50 \$	30 \$		50 \$	30 \$		
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 ou de l'IPS) par visite		30 \$	24 \$	30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	24 \$	30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		
Remboursement maximum pour l'ensemble des soins paramédicaux incluant la médecine douce (par période d'assurance)																				
retraité :		740 \$	200 \$	740 \$	200 \$	1 100 \$	500 \$		740 \$	200 \$	1 000 \$	450 \$		1 100 \$	500 \$		1 100 \$	500 \$		
chacune des personnes à charge :		740 \$	200 \$	740 \$	200 \$	1 100 \$	500 \$		740 \$	200 \$	1 000 \$	450 \$		1 100 \$	500 \$		1 100 \$	500 \$		
Appareils auditifs																				
maximum remboursé par 36 mois		0 \$	0 \$	800 \$	800 \$	1 000 \$	1 000 \$		800 \$	800 \$	1 200 \$	1 200 \$		1 000 \$	1 000 \$		1 000 \$	1 000 \$		
piles pour appareils auditifs maximum remboursé par 12 mois		0 \$	0 \$	50 \$	50 \$	50 \$	50 \$		50 \$	50 \$	50 \$	50 \$		50 \$	50 \$		50 \$	50 \$		
Frais de laboratoire (analyses, examens par imagerie)																				
remboursement à maximum remboursé par personne par 12 mois		90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %		100 %	100 %		
337,50 \$		337,50 \$	337,50 \$	500 \$	500 \$	1 500 \$	1 500 \$		500 \$	500 \$	2 200 \$	2 200 \$		2 200 \$	2 200 \$		2 200 \$	2 200 \$		
Seuls les examens de diagnostic sur prescription d'un médecin ou d'un IPS 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		90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %		100 %	100 %		
frais admissibles : 30 \$ par rapport maximum remboursé		27 \$	27 \$	30 \$	30 \$	30 \$	30 \$		30 \$	30 \$	30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		30 \$	30 \$		
Certains autres frais (voir au verso)		90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %	100 %	100 %		100 %	100 %		100 %	100 %		
Urgence médicale à l'étranger (certaines limites et conditions s'appliquent) (voir au verso)		max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %	max. 100 %
Programme Construire en santé – comprendre 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		remboursement à maximum à vie par personne	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %		80 %	80 %	80 %	80 %		80 %	80 %		80 %	80 %		
2 500 \$		2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	4 000 \$	4 000 \$		2 500 \$	2 500 \$	5 000 \$	5 000 \$		2 500 \$	2 500 \$		2 500 \$	2 500 \$		
Traitement des dépressions majeures et pour personnes violentes		remboursement à maximum à vie par personne	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %		80 %	80 %	80 %	80 %		80 %	80 %		80 %	80 %		
2 500 \$		2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$	4 000 \$	4 000 \$		2 500 \$	2 500 \$	5 000 \$	5 000 \$		2 500 \$	2 500 \$		2 500 \$	2 500 \$		
Aide aux travailleurs (autorisation préalable requise)																				
Résolution de problèmes : relations de couple, familiaux ou psychologiques. nombre maximum d'heures de consultation par année civile		8 / fam.	8 / fam.	8 / fam.	8 / fam.	12 / pers.	8 / pers.		8 / fam.	8 / fam.	15 / pers.	15 / pers.		8 / pers.	8 / pers.		8 / pers.	8 / pers.		
Cessation tabagique																				
Documentation/suivi téléphonique gratuit et personnalisé		oui	oui	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui	oui		oui	oui		oui	oui		
Traitement au laser (retraité et conjoint) (autorisation requise)		remboursement à maximum remboursé	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %		50 %	50 %	50 %	50 %		50 %	50 %		50 %	50 %		
300 \$ à vie		300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie		300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie	300 \$ à vie		300 \$ à vie	300 \$ à vie		300 \$ à vie	300 \$ à vie		
Interventions pré et post-opératoire ou hospitalisation (retraité seulement – autorisation préalable requise)		remboursement à	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %		0 %	0 %		100 %	0 %		
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	oui	oui		oui	oui	oui	oui		oui	oui		oui	oui		
Assurance dentaire selon les guides des tarifs dentaires de l'année 2025 (ACDQ, ODQ, OHDQ)																				
Franchise par famille par période d'assurance		aucune	50 \$	aucune	50 \$	aucune	30 \$		aucune	50 \$	aucune	30 \$		aucune	30 \$		aucune	30 \$		
Retraité et conjoint (maximum par personne)																				
Diagnostic, prévention et traitement mineur (obturation, extraction, etc.) (par période)		90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.	90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.	90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.		90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.	90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.		90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.		90 % 600 \$ max.	60 % 600 \$ max.		
Parodontie, endodontie (par période d'assurance)		80 % } 1 000 \$	60 % } 600 \$	80 % } 1 000 \$	60 % } 600 \$	80 % } 1 300 \$	60 % } 900 \$		80 % } 1 000 \$	60 % } 600 \$	80 % } 1 500 \$	60 % } 900 \$		80 % } 1 300 \$	60 % } 900 \$		80 % } 1 300 \$	60 % } 900 \$		
Restaurations majeures ⁽³⁾ (dentier, couronne, etc.) (par période d'assurance)		70 % } max.	60 % } max.	70 % } max.	60 % } max.	80 % } max.	70 % } max.		70 % } max.	60 % }										