

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ				
Nom		Prénom		
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
N°	Rue	N° d'appartement	Ville	
Province	Code postal		N° de téléphone	

2. IDENTIFICATION DU PATIENT (SI AUTRE QUE L'ASSURÉ)	
Nom	Prénom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

3. AUTORISATION	
<p>J'autorise la Commission de la construction du Québec (CCQ) à verser les frais assurés qui me seraient dus en vertu de la présente demande directement à :</p> <p>Nom de l'établissement : _____</p> <p><i>N.B. Le remboursement directement à l'assuré pourra être effectué seulement avec le reçu original confirmant le paiement.</i></p> <p>De plus, j'autorise l'établissement à transmettre à la CCQ les renseignements médicaux et administratifs nécessaires au traitement de ma demande de remboursement de frais de thérapie.</p>	
_____ Signature de l'assuré	_____ Date (AAAA-MM-JJ)
_____ Signature du patient (si autre que l'assuré)	_____ Date (AAAA-MM-JJ)

DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT

4. RENSEIGNEMENTS SUR LA THÉRAPIE	
Quel est le type de thérapie ? <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie <input type="checkbox"/> Jeu compulsif <input type="checkbox"/> Dépression majeure <input type="checkbox"/> Comportement violent (Thérapie fermée) <input type="checkbox"/> Comportement violent (Rencontres)	
La thérapie est-elle ordonnée par un jugement d'un tribunal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne a-t-elle été présente pour toute la durée de la période facturée (ou à chacune des rencontres s'il y a lieu) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Note : la période facturée doit être pour des services déjà encourus. Voir les étapes à suivre par l'établissement au verso.

5. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT				
Nom de l'établissement				
N°	Rue	Ville	Province	Code postal
Nom de la personne autorisée de l'établissement (en lettre moulées)		Titre	N° de téléphone	
Signature			Date (AAAA-MM-JJ)	

GUIDE DE L'ASSURÉ

Vous utilisez le bon formulaire si vous demandez le remboursement des frais de thérapie pour alcoolisme, toxicomanie, jeu compulsif, dépression majeure ou comportement violent.

L'établissement où la thérapie est effectuée doit être spécialisé et reconnu dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du jeu compulsif, de la dépression majeure ou pour comportement violent par la CCQ.

A. ÉTAPES À SUIVRE PAR L'ASSURÉ

- 1- Remplir la partie *Déclaration de l'assuré* à chacune des sections
 - 2- N'oubliez pas de signer et dater la Section 3 – Autorisation. Si le traitement est pour une personne à charge, cette dernière doit également signer et dater la section 3.
 - 3- Faites remplir la partie *Déclaration de l'établissement* par une personne autorisée de l'établissement où les soins sont prodigués.
 - 4- Joignez les pièces justificatives suivantes :
 - Facture originale de l'établissement.
- Si vous avez payé la thérapie et que le remboursement doit vous être acheminé, joignez également :
- Reçu original émis par l'établissement.

B. ÉTAPES À SUIVRE PAR L'ÉTABLISSEMENT

- 1- Remplissez les blocs 4 et 5 de la partie *Déclaration de l'établissement*.
 - 2- N'oubliez pas de signer et dater votre déclaration et d'indiquer les coordonnées de l'établissement.
 - 3- Joignez la facture pour la période réclamée selon les instructions suivantes :
 - La période facturée doit être pour des services déjà encourus, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas facturer d'avance.
- Si la thérapie se poursuit après la période initiale facturée, faites parvenir une nouvelle facture à la fin de la nouvelle période de traitements encourus à l'adresse suivante :
- Commission de la construction du Québec
Section assurance maladie
Case postale 2212, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0B8

C. ASSURANCE SALAIRE ET CRÉDITS D'HEURES - AUTRE FORMULAIRE À REMPLIR

Pour déposer une demande d'assurance salaire et de crédits d'heures, vous devez utiliser le formulaire *Demande d'assurance salaire de courte durée et crédits d'heures durant une thérapie (14)* que vous pouvez obtenir au ccq.org, à la section formulaires. Soyez attentif : l'adresse d'envoi du formulaire 14 diffère de l'adresse d'envoi du formulaire 13.

D. POUR OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

- Par Internet : ccq.org
- Ligne téléphonique dédiée aux employeurs : **1 877 973-5383**
- Par téléphone – Service à la clientèle de la CCQ : **1 888 842-8282**
- Ligne Construire en santé : 1 800 807-2433 24h/24, 7 jours/7, sans frais

Veillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse ci-dessous.

Commission de la construction du Québec
Section assurance maladie
Case postale 2212, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0B8

Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.