

## 1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

N° de client		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° de téléphone
Nom		Prénom	
S'agit-il d'une nouvelle adresse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
N°	Rue		N° d'appartement
Ville		Province	Code postal

## 2. DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Les frais réclamés sont-ils couverts par une autre assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez :
Nom de l'assureur		Détenteur de l'autre contrat d'assurance
Est-ce que votre conjoint est lui aussi un travailleur de la construction assuré par MÉDIC Construction? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez nous indiquer son numéro de client
Le traitement est-il lié à un accident automobile couvert par la SAAQ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : Nom de la personne : _____	
Le traitement est-il lié à un accident de travail couvert par la CNESST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'événement (AAAA/MM/JJ) : _____	
Le traitement est-il lié à un événement indemnisé par l'IVAC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° de dossier : _____	

La demande d'indemnisation doit d'abord être soumise à l'organisme en cause.

## 3. DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

Nom et prénom	Lien du patient	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Type de dépense	Date de service (AAAA-MM-JJ)	Montant
	Assuré principal <input type="checkbox"/>				
	Conjoint <input type="checkbox"/>				
	Enfant* <input type="checkbox"/>				
S'il s'agit d'un enfant majeur, est-il étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					TOTAL

S'il est étudiant, nom de l'établissement d'enseignement\* \_\_\_\_\_

\* Si votre enfant est âgé entre 18 et 26 ans, il doit être célibataire et fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, pour être admissible aux demandes d'indemnisation. Vous êtes tenu de nous aviser de tout changement à votre dossier de personnes à charge. Vous pouvez le faire en tout temps en accédant à vos services en ligne.

## 4. CONSENTEMENT

Je suis autorisé ou autorisée, par mon conjoint ou ma conjointe ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet aux fins de la présente. J'atteste que les renseignements fournis avec cette demande sont complets et exacts. Aux fins d'administration et d'évaluation des demandes ainsi que de prévention de la fraude, j'autorise Médic Construction à collecter des renseignements personnels, médicaux, psychosociaux et à les communiquer aux administrateurs de régime ainsi qu'aux organismes de réglementation et d'application de la loi. Je comprends que les renseignements seront utilisés et conservés par Médic Construction pour l'administration des garanties. Sauf révocation expresse, la présente autorisation demeure en vigueur pour la durée du traitement de la demande d'indemnisation. Les renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

\_\_\_\_\_  
Signature obligatoire de l'assuré (salarié ou retraité)

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

Les demandes de règlement doivent être présentées au plus tard un an après la date où les frais ont été engagés.

**Veillez joindre LES ORIGINAUX de vos reçus et conserver une copie pour vos dossiers. Notez que les reçus originaux ne seront pas retournés. Envoyez votre demande de règlement à l'adresse suivante :**

Médec Construction  
 Section de l'assurance maladie  
 C. P. 2212, succursale Chabanel  
 Montréal (Québec) H2N 0B8

**Pour obtenir des informations complémentaires, veuillez vous adresser au service à la clientèle de la CCQ, au : 1 888 842-8282, ou consulter le ccq.org.**

## DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE MÉDIC CONSTRUCTION

**Les relevés de transaction par carte de crédit ou de débit et les reçus de caisse ne suffisent pas. Les photocopies sont refusées.**

Type de prestation	Informations requises
Médicaments d'ordonnance	Seuls les originaux des reçus détaillés des médicaments d'ordonnance sont acceptés. Au besoin, communiquez avec votre pharmacie pour obtenir un double exemplaire de vos reçus.
Services professionnels (soins paramédicaux et médecine douce)	Reçu original indiquant : - le nom du patient - la date et la nature de chaque traitement - les frais pour chaque service - le nom et l'adresse du professionnel - le numéro de membre du professionnel et le nom de son association <b>Une ordonnance médicale est requise pour réclamer des soins de massothérapie, kinésithérapie, kinothérapie ou orthothérapie (valide 12 mois à compter de la date de l'ordonnance).</b>
Équipements médicaux (fauteuils roulants, béquilles, prothèses, chaussures moulées, etc.)	Reçu original indiquant : - le nom du patient - la description détaillée de l'équipement - le nom et l'adresse du fournisseur - la date et les frais pour chaque service <b>Dans tous les cas, l'ordonnance médicale relative à l'équipement médical est requise et, dans certains cas, l'autorisation préalable de la Commission de la construction du Québec doit être obtenue.</b>
Orthèses plantaires	Reçu détaillé indiquant : - le nom du patient - le nom et l'adresse du fournisseur - les frais pour le service - la date de prise de possession ou du paiement intégral des orthèses <b>Une ordonnance médicale est requise.</b>
Soins de la vue	Reçu original indiquant : - le nom du patient - une répartition des frais pour les verres et les montures - la date du paiement final des lunettes <b>Pour les achats de lunettes ou de lentilles cornéennes, une copie ou le détail de l'ordonnance à même la facture ou le reçu est requis.</b>
Prothèses auditives	Reçu original détaillé indiquant : - le nom du patient - la date et les frais pour le service - le nom et l'adresse de l'audiologiste <b>Une ordonnance médicale est requise.</b>
Hospitalisation	Reçu original détaillé indiquant : - le nom du patient - le nombre de jours en chambre - le tarif par jour - les dates d'admission et de sortie
Transport ambulancier	Le reçu original détaillé ainsi que la déclaration de transport de l'utilisateur
Soins infirmiers particuliers	Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers. Téléphonnez au service à la clientèle, au 1 888 842-8282, pour obtenir les détails.