

Décisions

Décision CAS-190306

Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (chapitre R-20)

Industrie de la construction

— Régimes complémentaires d'avantages sociaux — Modification

La Commission de la construction du Québec, par la présente, donne avis, que par la décision CAS-190306 du 24 octobre 2019, le Comité sur les avantages sociaux de l'industrie de la construction a édicté le Règlement modifiant le Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction.

Ce projet de règlement est édicté sous l'autorité des articles 92 et 18.14.5 de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (RLRQ, c. R-20). Il donne effet aux clauses portant sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux contenues dans l'entente sur les clauses communes aux quatre conventions collectives sectorielles de l'industrie de la construction, ainsi qu'à certaines clauses des conventions collectives pour les secteurs industriel, institutionnel et commercial et génie civil et voirie de cette industrie, en vigueur le 31 décembre 2017 pour les secteurs génie civil et voirie et résidentiel, et le 19 mars 2018 pour les secteurs industriel et institutionnel et commercial.

Ce projet de règlement apporte des modifications au Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction quant aux exclusions applicables aux protections d'assurance maladie.

La Présidente-directrice générale,
DIANE LEMIEUX

Règlement modifiant le Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction

Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (chapitre R-20, a. 18.14.5 et 92)

1. L'article 77 du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction (RLRQ, c. R-20, r. 10) est remplacé par le suivant :

« 77. Les frais prévus à la présente section sont remboursables s'ils sont engagés en considération d'une nécessité médicale qui est démontrée à la satisfaction de la Commission et qui exclut les fins préventives, sauf dans les cas expressément prévus à la présente section.

Les frais sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable compte tenu de la gravité du cas et de la pratique médicale courante.

Aucune prestation n'est payable au-delà du montant habituellement exigé pour les services rendus ou les produits achetés. ».

2. L'article 78 du Règlement est remplacé par le suivant :

« 78. Les honoraires payés à un professionnel de la santé ne sont remboursables que si ce dernier est membre en règle de l'ordre professionnel approprié ou, en l'absence d'ordre, d'une association professionnelle reconnue par la Commission.

De plus, les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et ce professionnel doit respecter toutes les normes prévues par son association, son code de déontologie ou toute législation applicable.

Aucun remboursement ne peut se faire à l'égard de frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel la Commission est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou qu'il agit frauduleusement, notamment en émettant des documents ou des factures qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus. ».

3. L'article 81 du Règlement est remplacé par le suivant :

«**81. Médicaments couverts.** Dans la mesure prévue à l'article 82, sont remboursables, s'ils sont obtenus sur ordonnance d'un professionnel dûment autorisé par la loi à prescrire :

1^o les médicaments fournis par un pharmacien qui sont inclus dans la liste des médicaments dressée par le ministre de la Santé et des Services Sociaux et prévue aux articles 8 et 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01);

2^o les médicaments déterminés par la Commission selon les modalités qu'elle prévoit;

3^o les injections sclérosantes jusqu'à concurrence de 50 \$ par séance;

4^o pour l'assuré couvert par le régime E, L ou T, les médicaments reliés au traitement in vitro.

Sont également couverts dans la mesure prévue par l'article 82, les honoraires d'un pharmacien pour l'exercice des activités professionnelles autorisées par la législation applicable et pour lesquelles la RAMQ rembourse les assurés du régime public. ».

4. L'article 82 du Règlement est remplacé par le suivant :

«**82. Modalités de remboursement.** Les modalités applicables au remboursement des frais visés à l'article 81 sont celles en vigueur au moment où la prise du médicament est requise selon la posologie prescrite.

Les frais remboursables en vertu de l'article 81 sont ceux qui excèdent la franchise prévue à l'annexe VIII; ils sont remboursables dans les proportions prévues à cette annexe.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement concerne un médicament pour lequel il existe une version générique ou biosimilaire moins coûteuse, les frais remboursables sont calculés en fonction du médicament le moins cher et le paiement de tout excédent est à la charge de l'assuré.

Sous réserve de l'autorisation expresse de la Commission, le deuxième alinéa ne s'applique pas lorsqu'aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales motivées par le prescripteur.

La contribution totale de l'assuré est limitée à 850 \$ par famille par année.

La contribution totale comprend les sommes payées en application de la coassurance, de la franchise prévues à l'annexe VIII, ainsi que tout montant payé par l'assuré en application du deuxième ou du troisième alinéa de l'article 77.

Le montant déboursé par l'assuré, pour lui-même ou ses personnes à charge, en application du troisième alinéa du présent article n'est pas considéré dans le calcul de la contribution totale. ».

5. Le Règlement est modifié par l'ajout, après l'article 82, de l'article suivant :

«**82.1. Conformité.** Toute modalité, restriction ou limitation prévue à la présente section qui n'est pas conforme aux exigences du régime général d'assurance médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences. ».

6. Le Règlement est modifié par la suppression, dans le texte liminaire du paragraphe 4^o de l'article 84, de « b.1. ».

7. Le Règlement est modifié par l'abrogation du sous-paragraphe b.1 du paragraphe 4^o de l'article 84.

8. Le Règlement est modifié par la suppression, au paragraphe 4^o de l'article 84, des mots :

« Un maximum de 2 paires de chaussures peut être réclamé en application des paragraphes b et b.1 par période de 12 mois. Les frais admissibles pour l'achat d'une paire sont limités à l'excédent des frais engagés sur 100 \$ dans le cas d'un enfant à charge et sur 150 \$ dans les autres cas; ».

9. Le Règlement est modifié, à la fin du sous-paragraphe b du paragraphe 4^o de l'article 84, par l'ajout des mots suivants :

« Un maximum de 2 paires de chaussures peut être réclamé en application du paragraphe b par période de 12 mois. Les frais admissibles pour l'achat d'une paire sont limités à l'excédent des frais engagés sur 100 \$ dans le cas d'un enfant à charge et sur 150 \$ dans les autres cas; ».

10. Le règlement est modifié par la suppression, au sous-paragraphe n du paragraphe 4^o de l'article 84, des mots suivants :

« ; dans le cas d'une colostomie permanente, pour l'excédent des frais remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec ».

11. Le règlement est modifié par la suppression, au sous-paragraphe p du paragraphe 4^o de l'article 84, des mots suivants :

« pour l'excédent des frais remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec ».

12. Le Règlement est modifié par l'abrogation du paragraphe 6^o de l'article 84.

13. Le Règlement est modifié à l'article 89.1, par le remplacement des mots « la pose de l'implant, du pilier, de la couronne ou de la prothèse fixe ou de la prothèse amovible partielle ou complète » par « la pose de l'implant ou du pilier ».

14. Le Règlement est modifié à l'article 92 par la suppression des mots « pour un montant maximum admissible de 215 \$ ».

15. Le règlement est modifié par le remplacement au paragraphe 7^o de l'article 94 des mots :

« pour des soins, des services ou des fournitures qui peuvent être obtenus gratuitement, ou dont le coût peut être remboursé par un régime public, obligatoire ou facultatif selon les dispositions de ce régime en vigueur au 1^{er} septembre 1996 »

« ANNEXE IX

(a. 85)

PROPORTIONS DE REMBOURSEMENT, CAS D'APPLICATION ET LIMITES APPLICABLES AUX SOINS DE LA VUE EN VIGUEUR LE 1^{ER} JANVIER 2020

Régime	1	2	3	4	5	6	7	8
A	70 \$	300 \$	300 \$	300 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AB	70 \$	450 \$	450 \$	400 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AC	70 \$	550 \$	550 \$	400 \$	250 \$	70 %	2 500 \$	2 500 \$
AE	70 \$	550 \$	500 \$	350 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AF	70 \$	550 \$	550 \$	400 \$	250 \$	60 %	2 500 \$	2 500 \$
AG	70 \$	550 \$	500 \$	400 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AJ	70 \$	400 \$	400 \$	400 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AL	70 \$	550 \$	500 \$	350 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AM	70 \$	550 \$	500 \$	400 \$	250 \$	85 %	3 500 \$	3 000 \$
AN	70 \$	700 \$	600 \$	400 \$	250 \$	75 %	3 000 \$	3 000 \$
AO	70 \$	700 \$	600 \$	400 \$	250 \$	75 %	3 000 \$	3 000 \$
AP	70 \$	550 \$	500 \$	400 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$
AR	70 \$	400 \$	400 \$	400 \$	250 \$	75 %	4 000 \$	4 000 \$
AS	70 \$	300 \$	300 \$	300 \$	250 \$	60 %	2 000 \$	2 000 \$

par

« qui sont couverts par tout régime public ou par tout programme prévoyant une aide financière, qu'une réclamation ait été soumise ou non ».

16. Le Règlement est modifié par le remplacement de l'article 99 par le suivant :

« **99. Pièces justificatives et délais.** Une demande de remboursement des frais couverts par la présente section doit parvenir à la Commission, accompagnée des pièces justificatives, au plus tard un an après la date où ces frais ont été engagés.

L'assuré doit fournir, sur demande de la Commission, les renseignements et les pièces justificatives qu'elle exige pour établir le montant payable et le droit à des prestations. À cette fin, l'assuré a l'obligation de les conserver pendant un an à compter de la date de sa demande de remboursement.

Ces délais ne sont pas opposables à celui qui démontre qu'il était dans l'impossibilité d'agir, soit par lui-même, soit en se faisant représenter. ».

17. Le Règlement est modifié par le remplacement de l'annexe IX par la suivante :

Régime	1	2	3	4	5	6	7	8
AT	70\$	550\$	500\$	350\$	250\$	60%	2 000\$	2 000\$
B	70\$	200\$	200\$	200\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BB	70\$	350\$	350\$	300\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BC	70\$	350\$	350\$	250\$	250\$	70%	2 000\$	2 000\$
BE	70\$	375\$	350\$	200\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BF	70\$	400\$	350\$	300\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BG	70\$	400\$	300\$	300\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BJ	70\$	350\$	350\$	300\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BL	70\$	375\$	350\$	200\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BM	70\$	500\$	400\$	325\$	250\$	80%	3 000\$	2 500\$
BN	70\$	450\$	400\$	250\$	250\$	75%	2 000\$	2 000\$
BO	70\$	450\$	400\$	250\$	250\$	75%	2 000\$	2 000\$
BP	70\$	400\$	300\$	300\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BR	70\$	350\$	350\$	300\$	250\$	75%	3 000\$	3 000\$
BS	70\$	250\$	250\$	250\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
BT	70\$	375\$	350\$	200\$	250\$	60%	1 500\$	1 500\$
C	70\$	100\$	100\$	0	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CB	70\$	175\$	100\$	150\$	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CC	70\$	200\$	150\$	100\$	250\$	70%	1 000\$	1 000\$
CE	70\$	175\$	100\$	150\$	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CF	70\$	150\$	150\$	200\$	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CG	70\$	300\$	100\$	0	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CJ	70\$	100\$	100\$	0	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CL	70\$	175\$	100\$	150\$	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CM	70\$	350\$	250\$	250\$	250\$	75%	2 500\$	2 500\$
CN	70\$	175\$	100\$	0	250\$	75%	1 000\$	1 000\$
CO	70\$	175\$	100\$	0	250\$	75%	1 000\$	1 000\$
CP	70\$	300\$	100\$	0	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CR	70\$	100\$	100\$	0	250\$	75%	2 000\$	2 000\$
CS	70\$	200\$	100\$	100\$	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
CT	70\$	175\$	100\$	0	250\$	60%	1 000\$	1 000\$
D	70\$	0	0	0	250\$	0%	0	0
DB	70\$	0	0	0	250\$	0%	0	0
DC	70\$	0	0	0	250\$	0%	0	0
DE	70\$	150\$	0	0	250\$	0%	0	0
DF	70\$	0	0	0	250\$	0%	0	0
DG	70\$	190\$	0	0	250\$	0%	0	0
DJ	70\$	0	0	0	250\$	0%	0	0
DL	70\$	150\$	0	0	250\$	0%	0	0

Régime	1	2	3	4	5	6	7	8
DM	70 \$	225 \$	50 \$	0	250 \$	0 %	0	0
DN	70 \$	150 \$	0	0	250 \$	0 %	0	0
DO	70 \$	150 \$	0	0	250 \$	0 %	0	0
DP	70 \$	190 \$	0	0	250 \$	0 %	0	0
DR	70 \$	0	0	0	250 \$	0 %	0	0
DS	70 \$	0	0	0	250 \$	0 %	0	0
DT	70 \$	150 \$	0	0	250 \$	60 %	150 \$	0
R1	70 \$	300 \$	300 \$	300 \$	250 \$	0 %	0	0
RC1	70 \$	350 \$	350 \$	350 \$	250 \$	0 %	0	0
RE1	70 \$	550 \$	500 \$	350 \$	250 \$	60 %	1 500 \$	1 500 \$
RF1	70 \$	350 \$	350 \$	350 \$	250 \$	0 %	0	0
RL1	70 \$	550 \$	500 \$	350 \$	250 \$	60 %	1 500 \$	1 500 \$
RM1	70 \$	300 \$	300 \$	300 \$	250 \$	0 %	0	0
RT1	70 \$	550 \$	500 \$	350 \$	250 \$	60 %	550 \$	0
R2	70 \$	200 \$	150 \$	100 \$	250 \$	0 %	0	0
RC2	70 \$	250 \$	200 \$	100 \$	250 \$	0 %	0	0
RE2	70 \$	375 \$	300 \$	100 \$	250 \$	0 %	0	0
RF2	70 \$	250 \$	200 \$	100 \$	250 \$	0 %	0	0
RL2	70 \$	425 \$	350 \$	200 \$	250 \$	0 %	0	0
RM2	70 \$	200 \$	150 \$	100 \$	250 \$	0 %	0	0
RT2	70 \$	375 \$	300 \$	100 \$	250 \$	60 %	375 \$	0

Tous les frais indiqués sont remboursables dans une proportion de 100 %, à l'exception des frais pour correction de la vision par la chirurgie indiqués dans les colonnes 7 et 8, qui sont remboursables dans les proportions indiquées à la colonne 6.

1 : Limite pour examens de la vue par période de 12 mois consécutifs pour une personne à charge autre que le conjoint et de 24 mois consécutifs pour l'assuré et le conjoint de l'assuré.

2 : Limite pour l'achat de verres correcteurs, les montures et les lentilles cornéennes, à l'exception des lunettes de sécurité, pour l'assuré, par période de 24 mois consécutifs.

3 : Limite pour l'achat de verres correcteurs, les montures et les lentilles cornéennes, pour le conjoint de l'assuré, par période de 24 mois consécutifs.

4 : Limite pour l'achat de verres correcteurs, les montures et les lentilles cornéennes, pour une personne à charge autre que le conjoint, par période de 24 mois consécutifs.

5 : Limite pour l'achat de lunettes de sécurité par période de 12 mois consécutifs. Seul l'assuré bénéficie d'un remboursement pour l'achat de lunettes de sécurité.

6 : Proportion de remboursement pour les frais pour correction de la vision par la chirurgie.

7 : Couverture et maximum remboursable viager pour les frais pour correction de la vision par la chirurgie pour l'assuré.

8 : Couverture et maximum remboursable viager pour les frais pour correction de la vision par la chirurgie pour le conjoint de l'assuré. ».

18. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception des articles 10, 11 et 15 qui entrent en vigueur au jour de leur publication à la *Gazette officielle du Québec*.

71617