

Plan de Prestaciones del Sindicato UFCW/Maple Leaf Foods Inc.

UFCW Local 832 Logo

Maple Leaf Logo

Resumen de Prestaciones 1 de Junio del 2013

Este Folleto describe las prestaciones disponibles a ciertos empleados de Maple Leaf Foods Inc. en Manitoba, quienes son miembros de UFCW Local No. 832.

Se puede ver este Folleto al www.ufcw832.com

El Plan de Prestaciones es operado por un Consejo de Fideicomisarios con el mismo número de Fiduciarios nombrados por Maple Leaf y por el Local No. 832. Los Fideicomisarios tienen plena autoridad para resolver todo asunto relacionado con las disposiciones del Plan de Prestaciones.

Las disposiciones del Plan de Prestaciones pueden cambiarse dependiendo de la experiencia financiera, o a criterio de los Fideicomisarios, si el cambio es al beneficio del Plan de Prestaciones. Esto puede incluir un aumento o una disminución en la cantidad de cobertura.

El pago de una solicitud se hará únicamente si usted o su(s) dependiente(s) califica(n) para prestaciones.

El Plan de Prestaciones se rige por el Texto del Plan, y por la Política emitida por Great-West Life. Si existe cualquier discrepancia o disputa en la redacción de este Folleto y el Texto del Plan o la Política, el Texto del Plan y la Política prevalecerán.

PARA INFORMACIÓN ACERCA DE SI USTED CALIFICA PARA EL PLAN, COBERTURA O SOLICITUDES, LLAME O ESCRIBA AL ADMINISTRADOR.

Dirección del Administrador:

UFCW Union/Maple Leaf Foods Inc. Benefit Plan
3rd Floor, 880 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0P1

Teléfono: 204-982-4170 (En Winnipeg)
1-877-982-4170 (Fuera de Winnipeg)

El Consejo de Fideicomisarios

Beatrice Bruske
Ian Henry
Jeff Traeger
Robert D. Ziegler

PARTICIPACIÓN

Usted puede participar en el Plan de Prestaciones si ha llenado un Formulario de Registro y ha cumplido con los siguientes requisitos.

Empleados de Tiempo Completo

Prestaciones por Incapacidad a Corto Plazo, Gastos Médicos Mayores y Seguro de Vida: la cobertura inicia el primer día del mes después de que usted haya trabajado 2 meses calendarios consecutivos completos.

Prestaciones por Incapacidad a Largo Plazo: la cobertura inicia el primer día del mes después de que usted haya trabajado 12 meses calendarios consecutivos completos.

Empleados de Tiempo Parcial

Prestaciones por Incapacidad a Corto Plazo, Gastos Médicos Mayores y Seguro de Vida: la cobertura inicia el primer día del segundo mes después de que usted haya trabajado 2 meses calendarios completos y trabajado un promedio de por lo menos 24 horas por semana por las últimas 8 semanas. La cobertura se termina el último día del mes después del mes en el cual se termina un periodo de 8 semanas, en el cual el promedio de sus horas bajó de 24 horas por semana.

Prestaciones por Incapacidad a Largo Plazo: la cobertura inicia el primer día del mes después de que usted haya trabajado 12 meses calendarios consecutivos completos, y ha trabajado un promedio de por lo menos 24 horas por semana en las últimas 8 semanas. La cobertura se termina el último día del mes siguiente al mes en el cual se termina un periodo de 8 semanas, en el cual el promedio de sus horas haya disminuido de 24 horas por semana.

Usted debe estar activamente empleado el día en que usted califica; de otro modo el inicio de su cobertura se atrasará.

Todos los Empleados

La cobertura cesa en el primero de los siguientes casos:

- La fecha en que se termine su empleo.
- El último día del mes en el cual usted se jubile.
- La fecha en que la Política, si aplica, se cancele o que el Plan de Prestaciones deje de existir.
- La fecha en que la unidad de negociación deje de ser representada por el Sindicato.
- La fecha en que Maple Leaf suspenda su empleo, o que se inicie una huelga o un paro patronal.
- La fecha en que Maple Leaf deje de operar la planta donde usted se reporta a trabajar.
- La fecha en que usted sea suspendido temporalmente por falta de trabajo o que tome un permiso más largo que 4 semanas. La cobertura reinicia otra vez cuando usted regrese al trabajo. Usted puede continuar su cobertura cuando está fuera del trabajo (con la excepción de Incapacidad a Corto y Largo Plazo) haciendo pagos por su propia cuenta (actualmente \$17.50 por semana o \$70 por mes). Usted debe hacer los pagos por su propia cuenta por el tiempo completo que esté fuera del trabajo. Es posible que los Fideicomisarios incrementen este monto ocasionalmente.

Si usted toma un permiso de 4 semanas o menos, la cobertura para todas las prestaciones continuará y usted no necesita hacer pagos por su propia cuenta.

DEPENDIENTES

Su Cónyuge: una persona legalmente casada con usted y que vive con usted, o un cónyuge de unión libre que ha vivido con usted por lo menos un año, si ninguno de los dos está casado, o durante 3 años si uno de ustedes está legalmente casado, o una persona del mismo sexo con quien usted ha vivido en una relación marital por lo menos un año.

Su(s) Hijo(s) Dependiente(s): un hijo o hijastro soltero, natural o legalmente adoptado, o el hijo de un Cónyuge de unión libre o del mismo sexo, que, si está empleado, trabaja menos que tiempo completo, y que es:

- a) menor a 22 años de edad, o menor a 25 años de edad y que asiste a una institución educativa a tiempo completo, o
- b) 22 años de edad o mayor e incapaz de desempeñar trabajo autosuficiente debido a una discapacidad mental o física que comenzó antes de que el niño cumplió 22 años de edad.

El(Los) hijo(s) de su Cónyuge de unión libre o del mismo sexo se considerará(n) como Dependiente(s) si el(los) niños ha(n) residido con usted por lo menos 12 meses consecutivos.

Su Cónyuge de unión libre o del mismo sexo y el(los) hijo(s) de su Cónyuge de unión libre o del mismo sexo deben estar anotados en su Formulario de Registro. De lo contrario, su cobertura iniciará hasta 12 meses después de estar anotados en los registros del Administrador.

Se debe llenar y enviar un Formulario Para Notificar Cambios al Administrador cuando existan cambios o adiciones a su estado civil y/o Dependientes.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (SOLO PARA EL EMPLEADO)

Para solicitar la incapacidad, usted debe:

- a) ser incapaz de desempeñar los deberes de su trabajo normal debido a una enfermedad o padecimiento o lesión accidental no laboral; y
- b) estar bajo el cuidado regular de un médico acreditado, o, si su incapacidad es el resultado de una condición de salud mental, usted debe estar bajo el cuidado regular de un psiquiatra acreditado para ejercer en Manitoba.

Su solicitud se considerará únicamente si se realiza dentro de 90 días después de:

- el primer día que usted no es capaz de trabajar debido a su incapacidad; o
- su solicitud a *Workers' Compensation* o MPI sea denegada/terminada Una copia de la carta de denegación se debe enviar al Administrador. **Nota:** Si su solicitud inicial a *Workers' Compensation* o MPI es denegada, usted debe primero apelar su decisión antes de que pueda solicitar cobertura al Plan de Prestaciones.

EL PLAN DE PRESTACIONES PAGA EL 60% DE SUS GANANCIAS BÁSICAS SEMANALES – HASTA UN MÁXIMO DE \$546.92 POR SEMANA (ESTE MONTO PUEDE CAMBIAR CADA AÑO). DEBIDO A QUE ESTOS PAGOS SON INGRESOS SUJETOS A IMPUESTOS, SE LE ENVIARÁ A USTED UNA FORMA T4A AL FINAL DEL AÑO PARA ENTREGAR CON SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (continuación)

Coordinación con el Seguro de Desempleo (E.I.)

USTED DEBE SOLICITAR PRESTACIONES POR ENFERMEDAD DE E.I. CADA VEZ QUE USTED ESTÁ AUSENTE DEL TRABAJO, INCLUSO SI SOLO ESTÁ AUSENTE POR UN DÍA.

La coordinación con E.I. funciona de esta manera:

Primero...El Plan de Prestaciones le pagará únicamente hasta la fecha en que las prestaciones de E.I. inicien.

Segundo...E.I. le pagará hasta un máximo de las siguientes 15 semanas. Debe enviarse al Administrador evidencia escrita de la fecha que su E.I. inició.

Luego...si usted todavía está incapacitado, el Plan de Prestaciones le pagará por el resto del "Periodo de Prestaciones".

El "Periodo de Prestaciones" (incluso E.I.) depende de sus años de antigüedad/servicio en Maple Leaf:

Años de Servicio	Periodo de Prestaciones
Menos de 5 años	hasta 26 semanas
5 años pero menos de 10 años	hasta 39 semanas
10 años y más	hasta 52 semanas

Si usted está enfermo, debe ser incapaz de trabajar por lo menos 5 días hábiles consecutivos completos. **Empleados de Mantenimiento:** usted debe ser incapaz de trabajar por lo menos 4 turnos de 10 horas consecutivos. **Empleados de la Planta Eléctrica (Powerhouse):** usted debe ser incapaz de trabajar por lo menos 3 turnos de 12 horas consecutivos. Las prestaciones se pagan a partir del primer día completo que usted está ausente del trabajo, siempre y cuando usted haya consultado a un médico o psiquiatra ese día. De otro modo, las prestaciones se pagan a partir de la fecha que usted haya consultado por primera vez a un médico o psiquiatra.

Si usted está lesionado, las prestaciones se pagan a partir del primer día completo que usted está ausente del trabajo, siempre y cuando usted haya visto un médico ese día. De otro modo, las prestaciones se pagan a partir de la fecha que usted vio por primera vez a un médico

Si a usted se le asigna una cama y un cuarto en un Hospital o un centro de rehabilitación, o si se somete a cirugía ambulatoria o a un procedimiento quirúrgico oral, las prestaciones se pagan a partir del día que usted esté ingresado.

Si usted se lesionó en un accidente automovilístico, debe solicitar cobertura por lesiones por medio de Seguros Públicos de Manitoba (*Manitoba Public Insurance*). MPI tiene un periodo de espera de 7 días antes de que comiencen las prestaciones; El Plan de Prestaciones le pagará a usted a partir del día que usted consulte a un médico hasta el día que comiencen las prestaciones de MPI.

Si usted está lesionado debido a una agresión física que usted provocó, su incapacidad no será cubierta.

Si usted se recupera y regresa a trabajar en su trabajo normal, en su horario normal, cada día por un mínimo de 1 mes calendario completo...luego otra vez se encuentra incapacitado por la misma causa o una causa relacionada, se considerará una nueva incapacidad. De lo contrario se considerará una continuación de su incapacidad previa.

Si usted se recupera y regresa a trabajar en su trabajo normal, en su horario normal, cada día por un mínimo de 10 días de trabajo consecutivos...luego otra vez se encuentra incapacitado por una causa no relacionada, se considerará una nueva incapacidad. De lo contrario se considerará una continuación de su incapacidad previa.

Si usted está en un permiso sin pago cuando se incapacita, sus prestaciones iniciarán a partir del día que usted está programado para regresar a trabajar, o después de que se terminen sus prestaciones de E.I., cualquier que sea posterior.

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) (SOLO PARA EMPLEADOS MENORES A 65 AÑOS DE EDAD)

Para calificar, usted debe (debido a una enfermedad no laboral o lesión accidental):

- a) ser incapaz de desempeñar los deberes de cualquier trabajo para el cual usted está razonablemente preparado con estudios, capacitación o experiencia, o para el cual usted razonablemente puede llegar a estar cualificado; y
- b) estar bajo el cuidado regular de un médico acreditado o un psiquiatra acreditado para ejercer en Manitoba.

EL PLAN DE PRESTACIONES PAGA EL 66 ⅔% DE SUS GANANCIAS BÁSICAS MENSUALES – HASTA UN MÁXIMO DE \$1,500 POR MES. DEBIDO A QUE ESTOS PAGOS SON INGRESOS SUJETOS A IMPUESTOS, SE LE ENVIARÁ A USTED UNA FORMA T4A AL FINAL DEL AÑO PARA ENTREGAR CON SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

Las prestaciones inician el día inmediatamente después del fin de su periodo de prestaciones por incapacidad a corto plazo si usted ha calificado para prestaciones por incapacidad a largo plazo como se describe en página 1 de este resumen de prestaciones. Los pagos se emiten el último día hábil de cada mes.

Si usted se recupera y regresa a trabajar en su trabajo normal, en su horario normal cada día, por un mínimo de 1 mes calendario completo...luego otra vez se encuentra incapacitado por la misma causa o una causa relacionada, se considerará una nueva incapacidad y usted debe solicitar Prestaciones por Incapacidad a Corto Plazo. De lo contrario se considerará una continuación de su incapacidad LTD previa.

Si usted se recupera y regresa a trabajar en su trabajo normal, en su horario normal cada día, por un mínimo de 14 días consecutivos...luego otra vez se encuentra incapacitado por una causa no relacionada, se considerará una nueva incapacidad y usted debe solicitar Prestaciones por Incapacidad a Corto Plazo. De otro modo se considerará una continuación de su incapacidad LTD previa.

USTED TENDRÁ UN MÁXIMO DE 45 DÍAS PARA SOLICITAR UNA PENSIÓN POR INCAPACIDAD AL PLAN DE PENSIONES DE CANADÁ (CPP). SI USTED NO LA SOLICITA, SUS PAGOS DE LTD SERÁN SUSPENDIDOS HASTA QUE LA SOLICITE.

En cuanto usted reciba confirmación que CPP ha recibido su solicitud, usted debe mandar una copia de esa confirmación al Administrador.

ES POSIBLE QUE SE LE EXIJA A USTED SER EXAMINADO POR EL ASESOR MÉDICO DEL PLAN, QUIEN HA SIDO CONTRATADO PARA PROPORCIONAR UNA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE SU CONDICIÓN.

CONDICIONES QUE APLICAN A PRESTACIONES POR INCAPACIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO.

Los honorarios que cobra su médico por llenar la Declaración del Médico (*Physician's Statement*) inicial se reembolsarán hasta un máximo de \$50. Los honorarios que cobra su médico para llenar formularios médicos de seguimiento que el Plan de Prestaciones manda se reembolsarán al 100%.

Se le exigirá a usted completar un Acuerdo de Reembolso (*Reimbursement Agreement*). Si usted recibe cualquier dinero, debido a su incapacidad, de "cualquier otra fuente" (aparte de una política privada de salario perdido), por el mismo periodo por el cual usted está recibiendo prestaciones del Plan de Prestaciones, no se le hará ningún pago adicional hasta que usted reembolse este dinero al Plan de Prestaciones.

"CUALQUIER OTRA FUENTE" INCLUYE, PERO NO ESTÁ LIMITADA A, EL PLAN DE PENSIONES E INCAPACIDADES DE CANADÁ (CANADA PENSION DISABILITY PLAN) SEGUROS PÚBLICOS DE MANITOBA (MANITOBA PUBLIC INSURANCE) O CUALQUIER OTRA POLÍTICA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES PÚBLICA O PRIVADA, O CUALQUIER AGENCIA DE GOBIERNO U ORGANIZACIÓN QUE ACEPTA RESPONSABILIDAD POR UN SUCESO QUE CAUSÓ LA INCAPACIDAD.

CONDICIONES QUE APLICAN A PRESTACIONES POR INCAPACIDAD A AMBOS CORTO Y LARGO PLAZO (continuación)

Para asistirle a usted a regresar a empleo activo, se le exigirá, cuando sea posible, a participar en empleo de rehabilitación aprobado o capacitación para empleo alternativo. Los pagos del Plan de Prestaciones, aunque reducidos por 50% de la cantidad que usted gana en el empleo de rehabilitación, continuarán:

- si usted está en Incapacidad a Corto Plazo – solo hasta el final de su periodo de prestaciones; o
- si usted está en Incapacidad a Largo Plazo – hasta 24 meses a partir del inicio del Programa de Rehabilitación.

No se hará ningún pago por lo siguiente:

- Cualquier día que usted trabaje en cualquier lugar y recibe pago.
- Una incapacidad que resulta de cirugía cosmética o experimental a excepción de que ésta haya sido necesaria para corregir deformidades o defectos congénitos que interfieren significativamente con función.
- Cualquier periodo en que usted no esté bajo el cuidado de un médico o psiquiatra acreditado (si aplica).
- El periodo durante el cual usted esté de vacaciones.
- El periodo en que usted esté recibiendo o tiene derecho a recibir pagos de Seguro de Desempleo (*Employment Insurance*), Compensación para Trabajadores (*Workers' Compensation*) o MPI, o está recibiendo una pensión del Plan de Pensiones de su empresa.
- Cualquier incapacidad que exceda 14 días calendarios, resultando de tratamiento dental, a menos que usted esté bajo el cuidado de un médico.
- Alcoholismo o consumo de drogas, a menos que usted esté recibiendo tratamiento en un centro de rehabilitación, o una institución designada al nivel provincial. Usted debe proporcionar al Administrador la confirmación escrita de su asistencia durante y al completar el programa.
- Ausencias debidas a lesiones intencionalmente autoinfligidas, estando o no en posesión de sus facultades mentales; o como resultado de cometer o intentar cometer un delito, o provocar una agresión física.

Los pagos de prestación cesan en la primera de las siguientes fechas:

- El final del mes en el cual usted se jubila.
- Usted deja de tener cobertura bajo el Plan de Prestaciones.
- Usted se recupera.
- Usted se niega a participar en rehabilitación, a seguir un plan de tratamiento prescrito, o rechaza una oferta de empleo.
- Usted no proporciona información médica u otra información necesaria que el Administrador solicita.
- Usted se muda a una residencia donde la distancia a Winnipeg o a Brandon, la que se aplica, no permitiría su participación en un plan de tratamiento o programa de rehabilitación, o la evaluación regular de su condición.
- Usted está ausente de su domicilio por más de 14 días, y usted no ha proporcionado al Administrador, antes de que usted se fue, una declaración de parte de su médico y de su Responsable del Caso que avisa que su ausencia no impedirá su recuperación, atrasar su rehabilitación o regreso al trabajo, o prevenir evaluación regular de su incapacidad.
- El final del mes en el cual usted cumple 65 años de edad (por incapacidades a Largo Plazo).
- Usted se muere.

Pagos de prestaciones cesarán si el Plan de Prestaciones se termina o si la planta donde usted se reporta a trabajar deja de operar.

MEDICAMENTOS CON RECETA (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

El Plan de Prestaciones reembolsará a Empleados de Tiempo Completo al 100% (Empleados de Tiempo Parcial al 50%) para Medicamentos con Receta requeridos para tratar enfermedad o lesión, siempre y cuando el cobro no califique para reembolso bajo algún plan gubernamental.

SE LES EXIGE A USTED Y A CADA UNO DE SUS DEPENDIENTES DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR, QUE SE REGISTREN CON MANITOBA PHARMACARE CADA AÑO. USTED DEBE PROPORCIONAR AL ADMINISTRADOR UNA COPIA DE LA CARTA RECIBIDA DE MANITOBA PHARMACARE ESPECIFICANDO EL MONTO DE SU DEDUCIBLE PARA ESE AÑO.

“Medicamentos con Receta” significa...

- medicamentos que califican que son recetados por un médico acreditado o un odontólogo acreditado y que son dispensados por un farmacéutico, siempre y cuando los medicamentos califiquen bajo el Programa de Manitoba Pharmacare; y
- vacunas e inmunizaciones para el tratamiento preventivo de enfermedades contagiosas, e inyecciones para influenza cuando se ofrezcan a todos los Empleados, y se administren en la planta a la cual usted se reporta para trabajar.

Una Tarjeta para Medicamentos se enviará a usted por correo, en cuanto usted mande ambos su Formulario de Registro y su Carta Deducible de Pharmacare al Administrador. Si usted presenta su Tarjeta para Medicamentos en el momento que compra su medicamento con receta, su Farmacéutico facturará el Plan de Prestaciones directamente por monto que el Plan de Prestaciones cubre. Usted es responsable de pagar cualquier porción del cobro no pagado por el Plan de Prestaciones.

Cada medicamento comprado está sujeto a una comisión del farmacéutico máxima de \$7.00. Si la comisión del farmacéutico excede \$7.00, usted debe pagar la diferencia.

No se hará ningún reembolso por:

- Una sola compra de medicamentos que no se consumiría en 100 días.
- Vitaminas, suplementos vitamínicos, suplementos dietéticos, y comidas dietéticas
- Productos alimenticios incluyendo formula para bebés, alimentos para bebés, substitutos para el azúcar o la sal.
- Preparaciones y dispositivos anticonceptivos.
- Medicamentos y/o productos recetados para desempeño sexual, obesidad o infertilidad
- Medicamentos y/o productos disponibles sin receta médica.
- Montos que pueden ser pagados por Pharmacare.

PRESTACIONES POR GASTOS MÉDICOS MAYORES (EMPLEADOS Y DEPENDIENTES)

Se reembolsarán cobros por los siguientes servicios y suministros si se compran debido a una enfermedad o lesión, siempre y cuando el cobro no califique para reembolso bajo algún plan gubernamental.

El Plan de Prestaciones reembolsará a Empleados de Tiempo Completo al 85% (Empleados de Tiempo Parcial al 50%) para lo siguiente:

Quiropráctico:

Hasta un máximo de \$500 por año calendario.

Neurópata/Osteópata/Masajista:

Si usted ha sido remitido por un médico acreditado, hasta un máximo combinado de \$500 por año calendario.

PRESTACIONES POR GASTOS MÉDICOS MAYORES (continuación)

Fisioterapeuta/Acupunturista:

Si usted ha sido remitido por un médico a fisioterapia acreditado (para acupuntura no es necesario ser remitido), hasta un máximo combinado de \$500 por año calendario.

Podólogo/Quiropodista/Suministros Ortopédicos; Dispositivos:

Hasta un máximo combinado de \$500 por año calendario, incluyendo la compra de suministros o dispositivos ortopédicos cuando sean recetados por cualquiera de estos profesionales de la salud o un médico acreditado.

Psicólogo:

Si usted ha sido remitido por un médico acreditado, hasta un máximo de \$300 por año calendario.

Terapeuta del habla:

Si usted ha sido remitido por un médico acreditado, hasta un máximo de \$300 por año calendario.

Enfermera Particular:

Hasta un máximo de \$3,500 por año calendario, para servicios de enfermera acreditada, enfermera auxiliar acreditada, o un ayudante de enfermería acreditado cuando sea certificado como esencial por un médico acreditado y mientras usted, o su Dependiente, no esté ingresado en un hospital, residencia de ancianos, asilo u otra institución similar. Los cobros deben ser por cuidados que requieren las habilidades de una enfermera, y no por cuidados asistenciales.

Gastos de Hospital:

- Cobros por alojamiento y alimentación en un Hospital, en Manitoba, hasta el cobro por una habitación semi privada.
- Servicios y suministros proporcionados por un Hospital en Manitoba mientras usted o su Dependiente está ingresado en Hospital.
- Servicios y suministros obtenidos mientras usted o su Dependiente reciba tratamiento como paciente ambulatorio en un Hospital o empresa quirúrgica, excluyendo el costo de radiografías o exámenes de laboratorio, si dichos exámenes y radiografías son la razón por su hospitalización como paciente ambulatorio.

Equipo Médico:

Reembolso por el alquiler o la compra de una silla de ruedas, cama tipo hospital, pulmón artificial u otro equipo duradero para uso terapéutico temporal, cuando sea recomendado por un médico acreditado.

La compra o el alquiler de equipo médico debe ser pre-autorizado por el Administrador.

Prótesis:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, los cobros incurridos por la compra o reemplazo de miembros u ojos artificiales, siempre y cuando la pérdida de dicho miembro u ojo haya ocurrido mientras usted o su Dependiente califica para cobertura de prestaciones.

Prótesis Mamaria:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, cuando sea necesario como resultado de una mastectomía, los cobros por la compra de una sola prótesis, hasta un máximo de \$210 por periodo de 2 años; en el caso de una mastectomía bilateral, dos prótesis, hasta un máximo de \$420 por periodo de 2 años.

Sostén Quirúrgico:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, cuando sea necesario como resultado de una mastectomía, los cobros por la compra de un sostén quirúrgico, hasta un máximo de \$33 por sostén, limitado a 2 sostenes por año.

Pelucas:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, cuando es necesario ,como resultado de una condición médica, los cobros por la compra de una peluca, hasta un máximo de \$300 por peluca, con un máximo de \$1000 de por vida.

Soportes:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, cobros razonables y habituales incurridos por soportes.

Oxígeno:

Bajo orden escrita de un médico acreditado, cobros razonables y habituales incurridos por oxígeno y el equipo necesario para administrarlo.

PRESTACIONES POR GASTOS MÉDICOS MAYORES continuado

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN CASO DE ACCIDENTES

Hasta un máximo de \$2000 de por vida por el reemplazo o arreglo de dientes naturales que se hayan dañado como resultado de un accidente. Dicho arreglo o reemplazo debe hacerse dentro de 12 meses después del accidente.

PLACAS DE ALERTA MÉDICA (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% hasta un máximo de \$100 en el primer año y \$50 en cada año siguiente por placas de alerta médica y su registro.

AMBULANCIA (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% los cobros hechos por un servicio profesional de ambulancia local cuando sea medicamente necesario para transporte terrestre al Hospital más cercano en Manitoba, donde se puede recibir tratamiento adecuado; o desde un Hospital en Manitoba a su residencia y para ambulancia aérea si se requiere en una emergencia.

DISPOSITIVOS AUDITIVOS (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% hasta un máximo de \$500 cada 5 años (incluyendo baterías y arreglos), cuando sea recetado por un otorrinolaringólogo acreditado o un médico acreditado.

ATENCIÓN PARA LA VISIÓN (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

Lentes: El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% hasta un máximo de \$250 en cualquier periodo de 24 meses, por lentes y marcos, o lentes de contacto, cuando sean recetados por un oftalmólogo u optometrista acreditado.

Exámenes de la Vista: El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% hasta un máximo de \$75 en cualquier periodo de 24 meses, cuando sea hecho por un oftalmólogo u optometrista, siempre y cuando los exámenes de la vista no califiquen para ser reembolsados por *Manitoba Health*.

NO SE PAGARÁ NINGUNA CANTIDAD POR LENTES DE SEGURIDAD O LENTES PARA EL SOL, O CUALQUIER CLASE DE LENTES PROPORCIONADAS PARA PROPÓSITOS COSMÉTICOS O ESTÉTICOS O COMO UNA CONDICIÓN DE EMPLEO.

PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

El Plan de Prestaciones reembolsará al 100% hasta un máximo de \$500 de por vida.

SEGURO DE VIDA (SOLO PARA EMPLEADOS MENORES DE 71 AÑOS DE EDAD)

Empleados de Tiempo Completo \$30,000 se pagarán a su beneficiario designado en caso de muerte.

Empleados de Tiempo Parcial \$15,000 se pagarán a su beneficiario designado en caso de la muerte de usted.

Todos los Empleados:

Si su beneficiario muere antes que usted, la prestación se pagará a sus herederos.

Si usted queda totalmente y permanentemente incapacitado, o si califica para Incapacidad a Largo Plazo, y permanece así por lo menos 6 meses, su seguro de vida puede continuar hasta los 65 años de edad.

Si su seguro de vida se termina antes de que usted cumpla los 65 años de edad, usted puede convertir su cobertura a una política de seguro de vida individual sin un examen médico o cuestionario sobre la salud. Usted debe entregar su solicitud a *Great-West Life* dentro de 60 días a partir de la fecha que su seguro de vida se termina.

SEGURO DE VIDA OPCIONAL (EMPLEADO)

Usted puede solicitar cobertura de Seguro de Vida adicional. Esto es aparte del seguro que ya está proporcionado por el Plan de Prestaciones.

La cobertura es disponible en unidades de \$10,000, hasta un máximo de tres unidades. Usted debe llenar un cuestionario médico para que la empresa de seguros considere su solicitud.

Durante el periodo de inscripción en Octubre de cada año se le mandará a usted información sobre los montos de las primas, e instrucciones completas sobre cómo solicitar esta cobertura.

SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA LA FAMILIA (DEPENDIENTES)

Si usted tiene un(a) Cónyuge y/o Hijo(s) Dependiente(s) usted puede comprar Seguro de Vida Opcional para la Familia, en los siguientes montos.

Cónyuge – \$5,000 y Cada Hijo Dependiente – \$2,000

o

Cónyuge – \$10,000 y Cada Hijo Dependiente – \$5,000

Las primas por esta cobertura se descontarán semanalmente de su sueldo. En el caso de muerte, las prestaciones se pagarán a usted sus herederos.

Durante el periodo de inscripción en Octubre de cada año se le mandará a usted información sobre los montos de las primas, e instrucciones completas sobre cómo solicitar esta cobertura.

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (EMPLEADO)

La siguiente lista muestra el porcentaje de la prestación máxima que se pagará en caso de muerte o desmembramiento accidental. Desmembramiento incluye la pérdida de los ojos y/o miembros, además de la pérdida permanente e irrecuperable de su uso.

Para Empleados de Tiempo Completo, la prestación máxima es \$30,000.

Para Empleados de Tiempo Parcial, la prestación máxima es \$15,000.

Pérdida de vida	100%	Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de la vista en ambos ojos	100%	Pérdida de la vista en un ojo	50%
Pérdida de ambas manos o ambos pies	100%	Pérdida del habla o la audición en ambos oídos	50%
Pérdida de una mano y un pie	100%	Pérdida del pulgar & dedo índice de la misma mano	25%
Pérdida de una mano o un pie & la vista en un ojo	100%	Pérdida de todos los cuatro dedos de la misma mano	25%
Pérdida del habla & audición en ambos oídos	100%	Pérdida de todos los dedos de un pie	12.5%
Pérdida de un brazo o una pierna	75%		

La prestación por muerte se paga a su beneficiario designado. Las prestaciones por desmembramiento se pagan a usted.

MUERTE & DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continuación)

No se hará ningún pago por pérdidas que resultan directamente o indirectamente de:

- enfermedad, padecimiento o tratamiento médico y quirúrgico
- paracaidismo o caída libre
- una lesión intencionalmente autoinfligida
- suicidio o intento de suicidio
- un accidente que ocurra mientras usted esté operando un vehículo, navío o aeronave, si usted está bajo los efectos de drogas o alcohol o tiene un nivel de alcohol en la sangre arriba de .08
- uso de una sustancia prohibida, incluyendo pero no limitado a cualquier sustancia nombrada en el Acta de Drogas y Sustancias Controladas, su Categorías u otra legislación penal comparable, o
- un accidente de avión cuando:
 - usted sea el piloto o miembro de la tripulación
 - la aeronave no tenga un certificado de aeronavegabilidad; o
 - un piloto acreditado no pilotaba la aeronave.

EXCLUSIONES QUE APLICAN A TODAS LAS PRESTACIONES

No se hará ningún pago por lo siguiente:

- Cobros incurridos mientras usted no califica para prestaciones.
- Cobros por llenar formularios de solicitud (aparte de lo que cobra el médico cuando usted solicita prestaciones por incapacidad), por escribir recetas de medicamentos, por archivos duplicados o por preparar reportes
- Cualquier servicio o suministro pagado, o que puede ser pagado, bajo cualquier plan de seguros médicos provincial, dental o de un hospital, el Worker's Compensation Act, o por una agencia pública o que está apoyada por los tributarios.
- Servicios por los cuales no se haría ningún cobro en la ausencia del Plan de Prestaciones.
- Cualquier servicio o suministro pagado, o que puede ser pagado, bajo cualquier otro plan al cual Maple Leaf contribuyó, o para el cual Maple Leaf hizo descuentos de nómina.
- Una enfermedad o lesión, o cualquier servicio o suministro obtenido resultando directamente o indirectamente de cualquier de los siguientes casos:
 - lesión intencionalmente auto-infligida estando o no en posesión de sus facultades mentales; o,
 - guerra, sea declarada o no; o,
 - participar en un motín, insurrección, conmoción civil u hostilidades de cualquier clase si usted fue participante en dicha acción o no; o,
 - participación en el servicio militar, naval o aérea de cualquier país o autoridad internacional; o,
 - cometer o intentar cometer un delito penal, o provocar una agresión física; o,
 - una enfermedad o lesión, o cualquier servicio o materiales obtenidos mientras usted esté cumpliendo una condena en prisión.

PROCEDIMIENTO PARA APELACIONES

Si su solicitud para prestaciones o reembolso ha sido parcialmente o totalmente denegada o terminada, usted puede apelar contra la decisión hecha por el Administrador.

El procedimiento de apelaciones es el siguiente:

- Mande una carta al Administrador describiendo la razón por la cual usted cree que la solicitud debería ser pagada e incluya nueva información médica u otra información para apoyar su solicitud.
- Es posible que el Administrador solicite información adicional, si es necesario, revisará su apelación, y reportará los resultados de la revisión a usted por escrito.
- Si su primera apelación es denegada, usted puede entregar una segunda apelación con nueva información médica u otra información para apoyar su solicitud.
- El Administrador presentará su segunda apelación al Consejo de Fideicomisarios para una decisión.
- Usted será notificado por escrito de la decisión final del Consejo de Fideicomisarios.

Apelaciones para Prestaciones por Gastos Mayores, Seguro de Vida y/o Muerte y Desmembramiento Accidental deben ser entregadas dentro de 30 días después de haber sido denegadas.

Apelaciones para la Incapacidad a Corto Plazo y/o Incapacidad a Largo Plazo deben ser entregadas dentro de 90 días después de haber sido denegadas.

COMO HACER UNA SOLICITUD

ASEGÚRESE DE HABER LLENADO UN FORMULARIO DE REGISTRO Y HABERLO MANDADO AL ADMINISTRADOR.

Formularios de solicitud (*Claim Forms*) están disponibles en su planta, o en la Oficina de su Sindicato, o usted puede llamar al Administrador al:

204-982-4170 (Winnipeg) 1-877-982-4170 (Fuera de Winnipeg).

1. ¿Cómo Solicito Reembolso Para Medicamentos Con Receta Si No Usé Mi Tarjeta Para Medicamentos?

Con el Formulario de Solicitud Para Reembolso de Gastos Médicos Mayores (*Major Medical Claim Form*):

- Llene toda la información solicitada en la Declaración del Socio (*Member's Statement*) en el frente del *Claim Form*. Si usted no contesta todas las preguntas, el formulario le será devuelto.
- Ponga la fecha y su firma al reverso del *Claim Form*.

Adjunte todos los recibos originales. Asegúrese que cada recibo muestre:

- número de receta, nombre del medicamento y para quien fue recetada
- la fecha comprada
- donde se compró el medicamento o la medicina

USTED DEBE SOLICITAR A PHARMACARE UNA CARTA DONDE MUESTRE LA CANTIDAD DE SU DEDUCIBLE. ADJUNTE ESTA CARTA A LA PRIMERA SOLICITUD QUE USTED ENVÍA DESPUÉS DEL 1^º DE ABRIL DE CADA AÑO.

CADA HIJO DEPENDIENTE, DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR, NECESITARÁ UNA CARTA DEDUCIBLE DE PHARMACARE SEPARADAMENTE.

CÓMO HACER UNA SOLICITUD (continuación)

2. ¿Cómo Solicito Prestaciones por Gastos Médicos Mayores (Fisioterapeuta, Cuidados de Visión, Ambulancia, etc.)?

Con el Formulario de Solicitud Para Reembolso de Gastos Médicos Mayores (*Major Medical Claim Form*):

- Llene toda la información solicitada en la Declaración del Socio (*Member's Statement*) en el frente del *Claim Form*. Si usted no contesta todas las preguntas, el formulario le será devuelto a usted.
- Adjunte una copia de la receta del médico, si es necesario, para solicitar la prestación.
- Ponga la fecha y su firma al revés del *Claim Form*.

Adjunte todos los recibos originales. Asegúrese que cada recibo muestre:

- el nombre del paciente,
- la fecha en que fue proporcionado el servicio
- el nombre y la dirección del médico, etc.
- la naturaleza/descripción del servicio proporcionado
- una lista completa de los cobros, incluyendo la fecha en que se pagó el monto completo

3. ¿Qué Pasa En Caso De Que Mi Cónyuge Sea Socio De Otro Plan?

Los cobros se comparten entre ambos planes. El procedimiento se explica a continuación:

- Solicitudes para prestaciones por Medicamentos con Receta y Gastos Médicos Mayores **proporcionados a usted** se deben entregar a este Plan de Prestaciones primero. Este Plan de Prestaciones pagará prestaciones como el primer pagador. El Administrador le proporcionará documentación del monto que el Plan de Prestaciones le ha pagado a usted, para entregar al otro plan.
- Solicitudes para prestaciones por Medicamentos con Receta y Gastos Médicos Mayores **proporcionados a su Cónyuge** deben ser entregadas al otro plan primero. Cuando usted ha recibido el pago del otro plan, entregue la solicitud a este Plan de Prestaciones. Incluya documentación detallada del monto que el otro plan ha pagado. Este Plan de Prestaciones pagará prestaciones como el segundo pagador.
- Solicitudes para prestaciones por Medicamentos con Receta y Gastos Médicos Mayores **proporcionados a sus Hijos Dependientes** deben ser entregadas primero al plan del cual es socio el padre o la madre que cumpla años primero en el año. Si los padres tienen el mismo día de cumpleaños, las solicitudes para sus hijos dependientes se deben entregar primero al plan del cual es socio el padre o la madre de quien el nombre empiece con la letra que primero aparece en el alfabeto. Si los padres están divorciados o separados, las solicitudes para hijos dependientes se deben entregar de la siguiente forma:
 - Primero...al plan de la persona que tiene custodia del hijo.
 - Segundo...al plan del cónyuge de la persona que tiene custodia del hijo.
 - Tercero...al plan de la persona que no tiene custodia.
 - Cuarto... al plan del cónyuge de la persona que no tiene custodia.

4. ¿Qué Pasa Si Ambos Mi Cónyuge Y Yo Trabajamos Para Maple Leaf Foods?

Si ambos son socios del Plan de Prestaciones y califican para prestaciones, es posible que el Plan pague hasta el 100% del cobro total aplicable.

Si sus Hijos Dependientes también califican para prestaciones porque son empleados de tiempo parcial de Maple Leaf, es posible que el Plan pague hasta el 100% del cobro aplicable.

Usted debe indicar en el *Claim Form* si ambos usted y su Cónyuge, o cualquiera de sus Hijos Dependientes trabajan para Maple Leaf.

CÓMO HACER UNA SOLICITUD (continuación)

5. ¿Cuándo Se Deben Entregar las Solicitudes?

- **Medicamentos con Receta/Gastos Médicos Mayores** – Solicitudes se deben entregar al Administrador dentro de 60 días de la fecha en que el gasto fue incurrido.
- **Incapacidad a Corto Plazo** – Solicitudes se deben entregar al Administrador dentro de los 90 días después del primer día de ausencia del trabajo.
- **Incapacidad a Largo Plazo** – Solicitudes se deben entregar al Administrador dentro de los 30 días antes de que se termine el periodo de prestaciones de la Incapacidad a Corto Plazo.
- **Seguro de Vida** – Notificación de muerte debe ser entregada al Administrador tan pronto como sea posible después de que ocurra dicha muerte. El Administrador mandará los *Claim Forms* relevantes al beneficiario/albacea para llenarse.
- **Muerte y Desmembramiento Accidental** – Notificación de muerte o desmembramiento accidental se deben entregar al Administrador dentro de 30 días de dicha muerte o desmembramiento. Los Formularios se pueden obtener del Administrador. Solicitudes y evidencia de pérdida se deben entregar dentro de los 90 días después de dicha muerte o desmembramiento.

6. ¿Cómo Solicito Prestaciones Si Estoy Enfermo o Lesionado?

CONSULTE CON SU MÉDICO O PSIQUIATRA INMEDIATAMENTE.

HAGA UNA SOLICITUD PARA PRESTACIONES POR ENFERMEDAD AL SEGURO DE DESEMPLEO (EI)

Pida que su Médico o Psiquiatra llene una Declaración del Médico (Formulario 3A) (*Physician's Statement / Form 3A*) y mande el formulario directamente al Administrador.

- Llene una Declaración del Reclamante (Formulario 1) (*Claimant's Statement / Form 1*). Si usted no contesta todas las preguntas, el Formulario le será devuelto. Envíe el Formulario completado al Administrador.
- El Gerente de Recursos Humanos en su planta llenará la Declaración del Empleador (Formulario 2) (*Employer's Statement / Form 2*) y la enviará al Administrador.
- Al recibir estos Formularios, el Administrador determinará si usted califica para prestaciones.
- Si usted califica, la información será evaluada para determinar si su condición médica cumple con la definición de incapacidad. Si su solicitud es aprobada, los pagos iniciarán. Si su solicitud es denegada, el Administrador le informará por escrito de la razón por la cual la solicitud fue denegada.
- Si existe la expectativa que su incapacidad continúe más allá del periodo máximo de prestaciones por Incapacidad a Corto Plazo, llame al Administrador para instrucciones acerca de cómo entregar una solicitud por prestaciones a Largo Plazo.

7. ¿Adonde Envío Mis Formularios de Solicitud?

Envíe toda la información necesaria a:

UFCW Union/Maple Leaf Foods Inc. Benefit Plan
3rd Floor, 880 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba R3G 0P1
Teléfono: 204-982-4170 (en Winnipeg)
1-877-982-4170 (Fuera de Winnipeg)

Participar en el UFCW UNION/ MAPLE LEAF FOODS INC. BENEFIT PLAN (“el Plan de Prestaciones) depende de la recolección, almacenamiento, uso, y a veces la destrucción de información personal acerca de los Socios del Plan de Prestaciones y sus Dependientes que califican para el Plan.

Esta información constituye la base sobre la cual se establecen los derechos individuales, y de la cual se calculan y se hacen los pagos de prestaciones. También, una parte de la información personal se necesitan para satisfacer exigencias gubernamentales para datos, para facilitar auditoria del Plan de Prestaciones, estimar costos operativos futuros, evaluar el desempeño del Plan de Prestaciones, y para transferir datos a cualquier plan de reemplazo. La información personal también se podría citar en acciones judiciales. Sin embargo, en todos los casos, la información personal se guarda con la máxima atención a la seguridad, y se utilizan con moderación, para cumplir los requisitos del Plan y la ley.

Registro para participar en el Plan de Prestaciones conlleva una autorización para permitir que el Consejo de Fideicomisarios y el Administrador recolecten y apliquen información personal de maneras específicas. Un Socio puede revocar esa autorización, sujeto a ciertas limitaciones legales; sin embargo, hacer esto precipita la destrucción de la información personal del Socio y puede resultar en la terminación de su cobertura.

Una queja de parte de un Socio del Plan de Prestaciones, relacionada a la Información Personal, puede ser dirigida al Oficial de Privacidad del Administrador. Si se requiere seguimiento adicional, el Socio del Plan puede contactar con la Oficina del Comisionado de Privacidad de Canadá o, si aplica, con el Comisionado Provincial.