

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR RESIDENCIAL DE CARPENTERS



PLAN INCREMENTADO DE BENEFICIOS RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

ACTUALIZADO AL 1° DE ENERO DE 2021

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



INTRODUCCIÓN

Este Resumen de beneficios es un documento de referencia informal que sintetiza las características principales de los beneficios proporcionados a los miembros elegibles del Plan incrementado de beneficios del Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters. Para obtener más información sobre el Plan incrementado de beneficios (incluidas las reglas de elegibilidad, las exclusiones y las limitaciones de beneficios), consulte la Guía informativa para Miembros del Plan incrementado.

El Fondo de Salud y Bienestar Residencial de Carpenters, el Fondo de Servicios Legales, el Fondo de Pago de Vacaciones Local 1030 de Carpenters y todos los Planes de Beneficios asociados (incluidos el Beneficio por Duelo y los permisos parentales) se rigen por Juntas de fideicomisarios designados por Carpenters & Allied Workers Local 27 y Carpenters Local 1030.

Las Juntas de fideicomisarios de los Fondos y Planes aplicables se reservan el derecho de modificar los Planes asociados a su absoluta y total discreción, según se considere apropiado y lo permita la ley. Todo cambio que se efectúe en algún Plan se comunicará a los Miembros del Plan y se considera que dichos cambios enmiendan y/o modifican este Resumen de Beneficios y la Guía informativa para Miembros del Plan asociada.

El Beneficio del seguro de vida descrito en este Resumen de beneficios y los derechos correspondientes se rigen por las disposiciones de la Póliza Número 10042 de Manulife Financial (anteriormente Póliza Número 901857). Los Beneficios por Mutilación y muerte accidentales (AD&D) descritos en este Resumen de Beneficios, así como los derechos correspondientes, se rigen por las disposiciones de la póliza CHUBB Life Insurance Company of Canada Número AB10403501. El beneficio de Asistencia de emergencia en viajes (ETA) es proporcionado y administrado por Green Shield Canada (GSC). El Programa de asistencia para Miembros del Plan (MAP) es facilitado y administrado por el Programa de asistencia y servicios familiares para empleados (FSEAP).

Todos los demás Beneficios descritos en este Resumen de Beneficios y los derechos correspondientes, se rigen por las disposiciones del documento de Texto del Plan correspondiente. Estos Planes y Beneficios se brindan sin seguro, autofinanciados, y todos los pagos de beneficios se realizan directamente de los activos del Fondo Fiduciario correspondiente.

Las pólizas de seguro, los contratos y los documentos aplicables del texto del Plan forman parte de los Documentos Oficiales del Plan incrementado de beneficios, que están disponibles en la Oficina de Administración del Plan. Este Resumen de Beneficios no es un documento legal, una póliza de seguro o un contrato y no otorga ni confiere ningún derecho contractual.

La Junta de fideicomisarios ha contratado a Employee Benefit Plan Services Limited como administradora del plan para la gestión de diversos aspectos del Plan de Salud y Bienestar, incluida la administración del Plan y el pago de reclamaciones para algunos beneficios. La Oficina de Administración del Plan puede responder cualquier pregunta sobre los Beneficios del Plan o cualquiera de las reglas del Plan.

Revise este Resumen de Beneficios detenidamente y, para futura referencia, guárdelo en un lugar seguro junto con la Guía informativa para Miembros del Plan. Al final de este resumen, se adjunta una tabla de Generalidades de los beneficios como síntesis de los mismos.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Sujeto a las limitaciones y exclusiones establecidas en los Documentos Oficiales del Plan, y como se describe en este Resumen de Beneficios, los Miembros del Plan elegibles y sus Dependientes elegibles (cuando corresponda) califican para los Beneficios del Plan incrementado de beneficios, que se describen en las siguientes páginas.

Es posible que el Plan no cubra todos los gastos que usted desee. El Plan se estableció para proporcionar la gama más amplia de cobertura que sea adecuada para sus miembros. Con el tiempo, se incorporan nuevos medicamentos y tratamientos en el ámbito de la atención médica y los fideicomisarios se reservan siempre el derecho de cubrir o no cubrir estos y de agregar limitaciones y/o exclusiones a la cobertura del Plan.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

Miembro del plan: \$ 150,000

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

Cónyuge: \$ 50,000

Cada hijo dependiente: \$ 10,000

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES (AD&D)

Miembro del plan: Importe principal \$ 200,000

Beneficio por discapacidad total y permanente \$ 200,000

Beneficio por AD&D en el lugar de trabajo \$ 100,000

Cónyuge: Importe principal \$ 50,000

Cada hijo dependiente: Importe principal \$ 10,000

BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE

Miembro del plan: \$ 10,000 por 4 enfermedades críticas específicas que cumplen con los requisitos

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL (WI)

El beneficio máximo de WI a pagar es de \$ 500 por semana. Los pagos de beneficios están integrados con los beneficios de Employment Insurance Sickness. Para calificar para los pagos de beneficios de WI, el Miembro del Plan debe estar "totalmente discapacitado" (como se define en la Guía informativa para Miembros del Plan y en el Texto del Plan).

Los pagos de beneficios de WI se pagan desde el primer día de un accidente, o después de un período de hospitalización de 24 horas, o en el octavo día de la enfermedad, por un período máximo de 26 semanas consecutivas por cualquier causa de discapacidad.

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El beneficio máximo por LTD a pagar es de \$ 1,000 por semana. Para calificar, el Miembro del Plan debe ser menor de 65 años y estar "totalmente discapacitado" (como se define en la Guía informativa para Miembros del Plan y en el contrato de seguro) por un período continuo de 182 días consecutivos. Los pagos de beneficios por LTD se pagan hasta que el Miembro del Plan cumpla 65 años, su recuperación o su deceso.

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

Deducible: Ninguno

Reembolso: 100 % para todos los servicios y suministros elegibles

Máximo general: Ilimitado

Medicamentos recetados: Un medicamento recetado debe tener un Número de Identificación de Medicamento (DIN) y un certificado de cumplimiento emitidos por el Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada).

Reembolso: Basado en el costo elegible más bajo entre un medicamento de marca y su equivalente en medicamento genérico (cuando hay un equivalente genérico disponible)

Medicamentos Biológicos/Biosimilares: El reembolso se basa en la autorización previa del menor costo entre un fármaco biológico o su fármaco biosimilar (cuando esté disponible)

Máximos para medicamentos: Metadona \$ 1,000 de por vida; Disfunción eréctil \$ 500 por año; medicamentos para la fertilidad \$ 2,500 de por vida; Tratamiento para dejar de fumar \$ 400 de por vida.

Cuidado de la vista **Lentes, marcos y lentes de contacto:** Máximo de \$ 400 en un período consecutivo de 24 meses. Incluye lentes de seguridad y lentes de sol recetados.

Lentes industriales de seguridad: Máximo de \$ 200 en un período consecutivo de 24 meses (Solo para Miembros del Plan)

Cirugía ocular con láser: \$ 2,000 de por vida

Exámenes oculares: 1 examen ocular cada 12 meses

Profesionales paramédicos Máximo de \$ 500 por profesional por año calendario para quiropráctico, psicólogo, masajista registrado, terapeuta del habla, fisioterapeuta, naturópata, osteópata o podólogo.

Audífonos Beneficio máximo de \$ 500 en cualquier período de 36 meses consecutivos para la compra de audífonos (baterías no cubiertas).

Ortesis de pie Beneficio máximo de \$ 500 en un período de 24 meses para ortesis que hayan sido especialmente diseñadas y moldeadas para la persona asegurada y que sean necesarias para corregir una deficiencia física diagnosticada.

Otros servicios médicos y suministros Ambulancia, cuidado de convalecencia, accidentes dentales, dispositivos médicos duraderos. Equipamiento (cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas), prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, medias quirúrgicas.

Servicio privado de enfermería \$ 10,000 por cada año calendario.

BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

El Plan brinda cobertura de viaje para una **Emergencia** médica (además de su plan de atención de salud provincial/territorial) y servicios de asistencia en viaje para Miembros del Plan y Dependientes elegibles que sean **residentes de Canadá, menores de 65 años y estén debidamente inscritos en su programa de atención de salud provincial**, y que se encuentren temporalmente fuera de su provincia de residencia por vacaciones, negocios o educación.

Es importante que lea y comprenda las reglas de este beneficio antes de salir de viaje. El beneficio ETA incluye requisitos, limitaciones y exclusiones que pueden afectar su elegibilidad y/o el reembolso de los gastos médicos incurridos.

Consulte la sección ETA de la Guía informativa para Miembros del Plan, para obtener información detallada sobre las reglas de este beneficio. Todos los servicios ETA (proporcionados por Green Shield Canada (GSC)) están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Debe ponerse en contacto con GSC Travel Assistance antes de viajar a cualquier destino, para asegurarse de que usted y/o sus Dependientes cumplan con las condiciones para la cobertura ETA y que el destino sea un país donde se proporcione la cobertura ETA.

Para obtener ayuda, desde Canadá y Estados Unidos, comuníquese con GSC Travel Assistance al 1-800-265-9977, o llame por cobrar al 1-519-741-8450 desde cualquier otro lugar. La Tarjeta de Beneficios del Plan incluye toda la información necesaria del Plan y otra información para comunicarse con GSC Travel Assistance para discutir un viaje propuesto, su elegibilidad o la de su Dependiente para la cobertura, para presentar una reclamación por una emergencia médica o para recibir asistencia en viaje u otra información sobre tu viaje.

Máximos de cobertura médica de emergencia para viajes

\$ 5,000,000 por persona cubierta por incidente

Duración máxima del viaje: 60 días consecutivos por viaje

Servicio de asistencia para emergencias en viajes

Se proporciona cobertura para una variedad de servicios específicos de asesoría y asistencia en viaje.

Máximo de cobertura médica de derivación

\$ 50,000 por persona cubierta, por año calendario (requiere autorización previa)

Es extremadamente importante comunicarse con GSC Travel Assistance antes de obtener tratamiento médico de emergencia (de ser posible), o que alguien llame en nombre de la Persona Cubierta dentro de las 48 horas si, para la Persona Cubierta, llamar es médicamente imposible.

Emergencia significa una lesión repentina e inesperada, una enfermedad o un episodio agudo de enfermedad que requiere atención médica inmediata y que no pudo haberse anticipado razonablemente en función de la condición médica previa del paciente.

No debe haber una afección médica **preexistente**. La Persona Cubierta debe estar en condición médica **estable** durante los 90 días previos a la salida del viaje.

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

Deducible: Ninguno

Reembolso: 100 % por servicios dentales básicos;
60 % por servicios dentales mayores;
60 % por servicios de ortodoncia.

Tabla guía de tarifas dentales: Los beneficios dentales se reembolsan según la Guía de tarifas sugeridas de la Asociación Dental que esté vigente a la fecha en que se incurra en el gasto, en la provincia o territorio donde se presta el servicio.

Beneficio dental máximo por Miembro del plan y por cada Dependiente elegible

Servicios dentales básicos y mayores: \$ 3500 por año calendario para servicios básicos y mayores combinados.

Servicios de ortodoncia: \$ 2,500 de por vida. Solo para hijos dependientes menores de 19 años. Se requiere plan de tratamiento previo.

Servicios básicos: Diagnóstico, preventivo, restauración, cirugía, empastes, anestesia, 1 serie completa de radiografías, 1 juego de radiografías de mordida, pulido, tratamiento con flúor tópico, raspado periodontal.

Revisiones de control:	1 revisión de control cada 6 meses
Revisiones completas:	1 revisión completa cada 24 meses
Servicios mayores:	Coronas, puentes, dentaduras reemplazo de puentes/prótesis dentales cubiertos cada 5 años.

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

Los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles tienen a su disposición servicios confidenciales de asesoramiento, información, consejo y derivación. Los servicios son proporcionados por FSEAP las 24 horas del día, todos los días del año. Comuníquese con FESAP directamente al 1-800-668-9920 o, en línea, mediante www.myfseap.com (Nombre del grupo: toloc27map/Contraseña: myfseap1).

BENEFICIO PARA SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, el/los Dependiente(s) sobreviviente(s) elegible(s) (p. ej., Cónyuge y/o hijos) continuarán cubiertos por el Plan de atención médica complementaria, Asistencia para emergencia en viajes, los Beneficios del programa de asistencia dental y para miembros por un período de 30 meses consecutivos, que comienzan después de que la cuenta bancaria del Miembro del Plan en el Dollar Bank se haya agotado. No se requerirán pagos para continuar la cobertura durante este período de extensión de beneficios.

BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES

Si sufre la pérdida de un miembro de la familia admisible según los requisitos, usted puede ser elegible para recibir el pago por duelo. Usted debe estar trabajando activamente, obtener una carta de su empleador que indique su último día de trabajo y los días que no trabajó debido a ello, y proporcionar un acta de defunción original del miembro de la familia o una declaración de fallecimiento. Los miembros elegibles de la familia incluyen cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo, hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares políticos).

El beneficio es de un máximo de \$ 150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al duelo, siempre que haya estado en el trabajo el día anterior.

Si trabaja activamente y tiene un hijo recién nacido, puede ser elegible para recibir el Beneficio de permiso parental. Usted debe ausentarse del trabajo inmediatamente después del nacimiento de su hijo, proporcionar una carta de su empleador que indique que estaba trabajando, su último día de trabajo y los días en que no trabajó, así como un acta de nacimiento original. El beneficio es de un máximo de \$ 150 por día, por un máximo

de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al parto, siempre que haya estado trabajando activamente.

PLAN DE VACACIONES PAGAS

El Plan de vacaciones pagas de brinda a los Miembros del Plan el derecho a recibir beneficios de cualquier pago por vacaciones ganado según los términos de la convención colectiva aplicable en cada año de beneficios. Cada 1° de noviembre, el Plan efectúa el pago anual regular del beneficio de vacaciones pagas.

Los Miembros del Plan también tienen la opción de cobrar sus beneficios de vacaciones pagas en otro momento del año de beneficios, siempre que dicho pago opcional solicitado no esté dentro de un período de 60 días antes o después del 1° de noviembre (es decir, el Plan no emite pagos entre el 1° de septiembre y el 1° de febrero del año siguiente).

PLAN DE SERVICIOS LEGALES

Los beneficios del Plan de servicios legales están destinados a proporcionar a los Miembros del Plan asistencia financiera para servicios legales generales, como testamentos, poderes de representación, operaciones de bienes raíces, procesos de adopción, etc.

Consulte la Tabla de beneficios dentro de la sección del Plan de servicios legales de la Guía informativa para Miembros del Plan, para obtener detalles sobre los pagos máximos de beneficios anuales, según el tipo de servicio legal utilizado. El Plan también tiene máximos generales por año calendario para todos los servicios legales combinados que dependen de sus años acumulativos como Miembro elegible del Plan.

GENERALIDADES DE LOS BENEFICIOS

Las siguientes páginas de este Resumen de Beneficios proporcionan una síntesis de referencia rápida y más detallada de los Beneficios disponibles para los Miembros del Plan elegibles y las disposiciones que se aplican.

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES AL PLAN

Su proveedor de servicios puede enviar en su nombre la mayoría de las reclamaciones de los beneficios dentales y de atención médica complementaria del plan utilizando la tarjeta de beneficios del plan. Usted también puede enviar sus reclamaciones en línea o directamente a la Oficina de Administración del Plan. La cobertura de ciertos medicamentos recetados puede requerir la autorización previa del Plan.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES EN LÍNEA

Regístrese en línea en www.carpentersresidential.ca para enviar la mayoría de sus reclamaciones al Plan a través de Internet.

ENVÍO DE RECLAMACIONES POR CORREO A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

Carpenters' Residential Benefit Plans
45 McIntosh Drive
Markham ON L3R 8C7

ENVÍO DE RECLAMACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

benefits@carpentersresidential.ca

ENVÍO DE RECLAMACIONES POR FAX A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

Fax: 1-905-946-2535

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

DIRECCIÓN POSTAL

Carpenters' Residential Health and Wellness Plan
45 McIntosh Drive
Markham ON L3R 8C7

NÚMEROS TELEFÓNICOS

Local: 1-905-946-9700
Llamada gratis: 1-800-263-3564

NÚMERO DE FAX

Fax: 1-905-946-2535

Correo electrónico

benefits@carpentersresidential.ca

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios

Resumen del Plan incrementado de beneficios (al 1° de enero de 2021)



Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Disposiciones generales del Plan	
Deducción mensual del Dollar Bank	\$ 380
Máximo del Dollar Bank	\$ 4,560 (12 meses de beneficios)
Elegibilidad inicial	Primer día del segundo mes, después del mes en que el miembro acumula \$ 1,140 en el Dollar Bank
Elegibilidad para ser readmitido	Si la reincorporación es dentro de los 12 meses, cuando el Miembro tiene \$ 380 en el Dollar Bank. Si la reincorporación es después de 12 meses se aplican las reglas de elegibilidad inicial.
Opciones del Plan de pago directo *(más impuesto provincial aplicable)	Plan A - Todos los beneficios excepto WI & LTD - \$ 300 por mes* Plan B - Solo seguro de vida - \$ 30 por mes*
Duración del pago directo	12 meses máximo (WSIB hasta los 65 años)
Definición de dependiente - cónyuge	Legalmente casados/unión de hecho con 12 meses de convivencia
Definición de dependiente - hijo	Menor de 22 años, o menor de 25 años si está en una institución educativa
Terminación de cobertura	Retiro - (A menos que se indique lo contrario bajo cada prestación de beneficios)
Seguro de vida	
Importe del beneficio	\$ 150,000
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Seguro de vida para Dependiente	
Importe del beneficio por cónyuge	\$ 50,000
Importe del beneficio por hijo	\$ 10,000
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio por Mutilación y muerte accidentales (AD&D)	
Importe principal del miembro	\$ 200,000
Importe principal por cónyuge	\$ 50,000
Importe principal por hijo	\$ 10,000
Beneficio por discapacidad total y permanente	Beneficio por importe global de \$ 200,000. "Cualquier Ocupación" Definición de discapacidad. Termina a los 65 años.
Tabla de pérdidas	Integral
Beneficios por AD&D adicionales	Integral
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
AD&D en el lugar de trabajo	\$ 100,000 - Misma tabla de pérdidas que el Beneficio AD&D. Termina a los 75 años.
Enfermedad grave	Beneficio por importe global de \$ 10,000 por enfermedades críticas que cumplen con los requisitos. Termina a los 65 años.
Indemnización semanal	
Importe del beneficio semanal	\$ 500
Período calificante	1er día en el hospital 1er día accidente 8° día enfermedad
Definición de discapacidad	"Ocupación propia"
Duración máxima del beneficio	26 semanas
Compensaciones de beneficios directos	Seguro de desempleo
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Discapacidad a largo plazo	
Importe del beneficio mensual	\$ 1,000
Período calificante	26 semanas continuas de discapacidad total
Definición de discapacidad	"Ocupación propia" durante los primeros 24 meses de discapacidad, "cualquier ocupación" después de 24 meses
Duración máxima del beneficio	Hasta los 65 años
Compensaciones de beneficios directos	Beneficios WSIB
Compensaciones de beneficios indirectos	Varias fuentes de ingreso - Límite de todas las fuentes: 85% de los ingresos brutos previos a la discapacidad
Límite de enfermedades preexistentes	Discapacidades tratadas 90 días antes no pueden ser objeto de reclamaciones durante los primeros 6 meses
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio de pago por duelo	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$ 150 por día, 3 días máximo

Miembros de la familia elegibles	Cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo/a hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares políticos)
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y el certificado de defunción
Beneficio de permisos parentales	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$ 150 por día, 3 días máximo
Miembros de la familia elegibles	Hijo recién nacido
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y acta de nacimiento

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios



Resumen del Plan incrementado de beneficios (al 1° de enero de 2021)

Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Beneficio adicional al cuidado de la salud	Debe estar correctamente inscrito en el plan de atención de salud provincial aplicable
Deducible	Ninguno
Coseguro	100 % para todos los servicios y suministros
Tarjeta de pago directo de medicamentos (Tarjeta de beneficios)	Sí
Reembolso de medicamentos recetados	Medicamentos de marca o genéricos: 100 % del medicamento alternativo de menor costo. Medicamentos biológicos o biosimilares (requieren autorización previa): 100 % de la alternativa de menor costo (si está disponible)
Tarifa máxima de dispensación	N/A
Máximo de por vida general en cuidado de la salud	Ilimitado
Máximo de medicamentos recetados	Metadona \$ 1,000 de por vida; Disfunción eréctil \$ 500/año; medicamentos para la fertilidad \$ 2,500 de por vida; Tratamiento para dejar de fumar \$ 400 de por vida. Incluye insulina y suministros para la diabetes, sueros para alergias, vacunas y toxoides, medicamentos inyectables, escleroterapia (máximo de \$ 20 por visita), DIU
Servicio de enfermería privada	\$ 10,000 cada año calendario
Servicios de profesionales paramédicos	\$ 500 por profesional cada año calendario: quiropráctico, osteópata, podólogo, fisioterapeuta, naturópata, terapeuta del habla, terapeuta de masaje, psicólogo
Ortesis/zapatos ortopédicos	\$ 500/24 meses para ortesis \$ 500/24 meses para zapatos ortopédicos
Audífonos	\$ 500/36 meses
Cuidado de la vista (prescripción)	\$ 400/24 meses para lentes, marcos o lentes de contacto; lentes de sol o lentes industriales de seguridad
Cirugía ocular con láser	\$ 2,000 máximo de por vida para cirugía láser
Lentes industriales de seguridad (recetados)	\$ 200/24 meses (Solo para Miembros del Plan)
Exámenes oculares	1 examen ocular cada 12 meses
Servicios de transporte médico	Ambulancia de emergencia
Servicios y suministros médicos	Cuidado de convalecencia, dispositivos médicos duraderos (cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas), prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, suministros para diabéticos, medias quirúrgicas, etc.
Servicios para accidentes dentales	Sujeto a cargos razonables y habituales
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Asistencia de emergencia en viajes	Duración máxima del viaje: 60 días - Debe contactar a Green Shield dentro de las 48 horas
Beneficio máximo por asistencia médica de emergencia en viajes	\$ 5,000,000 por incidente médico de emergencia fuera de la provincia
Beneficio máximo por derivación médica	Cobertura médica fuera de la provincia por \$ 50,000 por año calendario
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Atención dental	
Deducible	Ninguno
Servicios básicos de coseguro	100 %
Servicios mayores de coseguro	60 %
Servicios de ortodoncia de coseguro	60 %
Máximo anual de servicios básicos	\$ 3,500
Máximo anual de servicios mayores	Máximo combinado con servicios básicos
Máximo de por vida de servicios de ortodoncia	\$ 2,500
Tabla guía de tarifas	Guía de tarifas actual de Ontario Dental (ODA)
Servicios básicos incluidos	Diagnóstico, preventivo, restauración, cirugía, empastes, anestesia
Revisiones completas	1 examen cada 24 meses
Revisión de control	1 examen cada 6 meses
Radiografías	1 serie completa cada 12 meses
Radiografías de mordida	1 juego cada 12 meses
Pulido	Cubierto
Tratamiento de flúor tópico	Cubierto
Raspado periodontal	8 unidades cada año calendario
Servicios mayores incluidos	Coronas, puentes, dentaduras

Reemplazo de puentes/dentaduras	Cubierto cada 5 años
Servicios de ortodoncia	Hijos menores de 19 Se requiere plan del tratamiento.
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Programa de asistencia para miembros	Servicio confidencial de asesoramiento y consejería. Termina al retiro.