ESTATUTOS del Seguro de Enfermedad del Personal

Entrada en vigor: enero de 2021

Estos estatutos se aplican a los funcionarios con nombramientos de **plazo fijo, continuos o temporales según el párrafo 420.4 del Reglamento de Personal**, así como a las demás personas admitidas como afiliadas al Seguro, según lo dispuesto en los mismos.

Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 2

PARTE A: APÉNDICE – (GLOSARIO) 3

PARTE B: PRESTACIONES 7

PARTE C: PROCEDIMIENTO PARA LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO 29

- **GASTOS EXCESIVOS** 29
- **REEMBOLSO ADICIONAL (LÍMITE CATASTRÓFICO)** 29
- **REEMBOLSO DE OTRAS FUENTES** 29
- **LIMITACIONES** 30
- **LUGAR DE TRATAMIENTO** 30

TRATAMIENTO FUERA DE LA RED EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA 31

- **PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO, EN TODOS LOS PAÍSES EXCEPTO LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA** 32
- **PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA** 33
- **PAGOS DIRECTOS** 34
- **CARTA DE GARANTÍA** 34
- **PAGO POR ADELANTADO** 34
- **PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LOS REEMBOLSOS** 34
- **CUENTA BANCARIA PARA LOS REEMBOLSOS** 35
- **PRESUNTOS CASOS DE FRAUDE O INTENTOS DE FRAUDE** 35
- **MEDICARE (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)** 36
- **PAGOS EN EFECTIVO** 36
- **TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR FAMILIARES DIRECTOS** 36

PARTE D: LISTA DE AFECCIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10) 37

PARTE E: CONDICIONES DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES 39

- **CONDICIONES DE AFILIACIÓN** 39
- **COTIZACIONES** 42
- **CUADROS DE LAS CONDICIONES DE AFILIACIÓN** 44

PARTE F: FINANCIAMIENTO 53

PARTE G: GOBERNANZA Y REGLAMENTO INTERIOR 55

- **COMITÉ DE SUPERVISIÓN MUNDIAL (SHI/GOC)** 55
- **COMITÉ PERMANENTE MUNDIAL (SHI/GSC)** 57
- **SHI/GSC** 57
- **REGLAMENTO INTERIOR** 59

PARTE H: APELACIONES Y DISPOSICIONES GENERALES 62

- **APELACIONES** 62
- **FRAUDE E INFRACCIÓN DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO** 62
- **EMBARGO DE LOS REEMBOLSOS** 63
- **DISOLUCIÓN** 63

OBJETIVO

El objetivo del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS (en adelante, «el Seguro» o «el SHI») es reembolsar una parte importante de los gastos reconocidos de atención de salud en que incurran los funcionarios de la Organización, y las demás personas admitidas como afiliadas al Seguro, por concepto de servicios prestados por un prestador de servicios de salud al que las autoridades del país en el que este desempeña su actividad han dado licencia y autorización para ejercer.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

A los efectos de estos estatutos, a menos que se indique lo contrario, el término «funcionario(s)» se refiere a los titulares con nombramientos de plazo fijo, continuos o temporales, pero no a los titulares de contratos temporales de 60 días o menos y remunerados por día. Estos estatutos se aplican solo a los funcionarios definidos anteriormente y a las otras personas admitidas explícitamente como afiliadas al Seguro según los estatutos.

NOTA

El presente documento contiene el texto íntegro de los Estatutos del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS, en vigor a partir del 1 de enero de 2021 (Manual electrónico, III.7.4, anexo 7A), aplicable a las personas citadas previamente. Este contiene todas las modificaciones efectuadas hasta la fecha, anula y sustituye todas las versiones anteriores.

En caso de discrepancia entre las versiones en los distintos idiomas de la Organización, prevalecerá la versión en inglés.

DEFINICIONES PARA LOS FINES DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO

«accidente»: evento imprevisto que ocasiona lesiones.

«afiliado»: todo funcionario en activo, exfuncionario, familiar a cargo u otro familiar que cumpla las condiciones requeridas que esté afiliado al Seguro.

«ambulancia por vía de superficie»: vehículo específicamente acondicionado con equipo médico para trasladar a heridos o enfermos por vía terrestre o acuática.

«año»: año civil, es decir el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de un año dado.

«atención de enfermería»: servicios prestados por enfermeros.

«centro de atención médica»: cualquier establecimiento que presta servicios de atención sanitaria (por ejemplo, hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria y otros centros de atención especializada).

«cirugía maxilofacial»: especialidad quirúrgica centrada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la boca, la mandíbula, la cara y el cuello, que abarca intervenciones como las que siguen:

- tratamiento de heridas faciales y del cáncer de cabeza y cuello, y cirugía reconstructiva conexa;
- cirugía ortognática;
- extracción de dientes retenidos, así como de raíces dentales retenidas de cierta complejidad;
- extirpación de quistes y tumores maxilares;
- procedimientos de cirugía primaria y secundaria para el tratamiento de labios leporinos, fisuras palatinas y otras deformidades faciales congénitas, manejo de lesiones, tanto benignas como malignas, de las glándulas salivales, extirpación de tumores complejos de cáncer de piel facial, acompañada de cirugía reconstructiva y cirugía de la articulación temporomandibular.

«condición aguda»: afección que se caracteriza por aparecer repentinamente y ser de curso breve.

«cónyuge a cargo»: el cónyuge reconocido por la OMS como cónyuge a cargo de un funcionario, según las normativas y políticas de la Organización.

«cónyuge no a cargo»: el cónyuge reconocido por la OMS como cónyuge no a cargo de un funcionario, según las normativas y políticas de la Organización.

«cotizante»: funcionario, exfuncionario o familiar sobreviviente responsable de pagar las contribuciones al Seguro.

«de por vida»: indica el importe máximo reembolsable durante todo el periodo de afiliación.

«evento»: enfermedad o accidente, incluidos todos los gastos médicos que conlleve.

«exfuncionario»: un exfuncionario que mantiene su condición de asegurado al amparo de los Estatutos del Seguro.

«factura/recibo»: documento impreso o escrito que indica el importe adeudado a un proveedor de atención sanitaria por los servicios prestados. Los documentos en cuestión, además de estar debidamente fechados, deberán estar emitidos en la moneda del país de prestación de los servicios e incluir el nombre del paciente, así como información detallada sobre el tratamiento dispensado, junto con las fechas correspondientes.

«familiar secundario a cargo»: la madre, el padre o un hermano o hermana reconocido por la OMS como familiar secundario a cargo de un funcionario o exfuncionario, según las normativas y políticas de la Organización.

«familiar sobreviviente»: el cónyuge y/o los hijos sobrevivientes, el padre, la madre o un hermano o hermana sobreviviente de un funcionario o exfuncionario afiliado al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI), tras el fallecimiento de este último, con sujeción a las condiciones previstas en el párrafo E.35 y el cuadro 5 de la Parte E de estos estatutos.

«fitoterapia, medicina herbaria»: se refiere a la medicina basada en extractos de plantas e ingredientes activos naturales. Por ejemplo, hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos.

«hijo a cargo»: un hijo de no más de 21 años reconocido por la OMS como hijo a cargo de un funcionario, según las normativas y políticas de la Organización.

«hijo no a cargo»: un hijo que o bien *i*) tiene entre 18 y 28 años y no está cursando estudios a tiempo completo ni ejerce un empleo remunerado, o bien *ii*) tiene entre 21 y 28 años y está cursando estudios a tiempo completo. El funcionario, exfuncionario o familiar sobreviviente interesado certifícalo mencionado anteriormente y certifica también que asegura la manutención plena y permanente de ese hijo. El cumplimiento de estas condiciones deberá ser verificado y juzgado aceptable por la Organización, a la luz de las pruebas documentales aportadas por el afiliado.

«informe médico»: documento emitido por un médico, debidamente fechado, en el que se especifica la patología del paciente y el plan de tratamiento, con la duración estimada del mismo. En determinados casos, podrá exigirse un informe médico emitido por un facultativo distinto del que dispensó el tratamiento y/o realizó la intervención quirúrgica. Los informes médicos son examinados únicamente por el Asesor Médico del Seguro.

«Medicare»: programa federal de seguro de enfermedad de los Estados Unidos de América para las personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y las personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante, a veces denominada ERET).

«medicina tradicional y complementaria/alternativa»: la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.

«médico»: prestador de servicios de salud que está en posesión de un título otorgado por una escuela de medicina de nivel universitario reconocida por el gobierno del país en el que tiene licencia para practicar la medicina y al que las autoridades sanitarias del país en el que desempeña su actividad han dado licencia y autorización para ejercer.

«Parte A[1] y Parte B de Medicare»: componentes del programa nacional de seguro de enfermedad (Medicare) gestionado por el Gobierno Federal de los Estados Unidos de América.

[1] La inclusión de la Parte A de Medicare entra en vigor el 1 de febrero de 2019.

«prescripción/receta médica»: documento emitido por un médico al que las autoridades sanitarias del país de dispensación de los servicios han autorizado para prescribir (o por un profesional de enfermería o partería al que las autoridades sanitarias del país de dispensación de los servicios han autorizado para prescribir, siempre que los servicios prescritos estén comprendidos en el ámbito de su especialidad profesional). El médico (o profesional de partería/enfermería) solo podrá prescribir los servicios para los cuales cuenta con la autorización de las autoridades sanitarias del país en el que desempeña su actividad. En el documento deberán indicarse el nombre y la cualificación profesional del médico (o profesional de partería/enfermería), el nombre del paciente, la fecha y el tipo de servicios prescritos (por ejemplo, productos medicinales, fisioterapia, etc.), así como la frecuencia, la posología y la duración del tratamiento. Si la prescripción es renovable, deberá indicarse asimismo el número de veces que se puede renovar sin pasar por el médico (o profesional de partería/enfermería). La fecha de la prescripción deberá coincidir con la fecha de la compra o del tratamiento o ser anterior a esta. Las prescripciones y recetas médicas tendrán una validez máxima de 12 meses. A los efectos de este Seguro, los funcionarios y exfuncionarios que son médicos solo podrán prescribir productos medicinales para uso propio o para familiares asegurados y no podrán establecer informes médicos ni prescribir ningún otro tratamiento. Cuando se trate de países en los que el sistema nacional de salud autorice su uso, el Seguro podrá aceptar también prescripciones o recetas electrónicas.

«salud del niño, el adolescente y el joven»: atención sanitaria especializada, incluida la atención primaria física, psicológica y social.

«seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI)»: mantenimiento de la afiliación al Seguro tras la separación del servicio; pueden acogerse a esta opción tanto los funcionarios como sus familiares a cargo u otros familiares, siempre que reúnan las condiciones previstas en el párrafo E.6 y en los cuadros 2 y 6 de la Parte E de estos estatutos. Se excluye la prolongación de la cobertura del SHI según el párrafo E.5 de estos estatutos aplicable a los exfuncionarios, sus familiares a cargo y otros familiares asegurados, por un periodo de hasta seis meses después de la separación del servicio.

«tratamiento fuera de la red»: tratamiento proporcionado por un médico, un centro sanitario u otro prestador de atención de la salud que no haya suscrito un acuerdo con el tercero administrador de la OMS y la OPS para un reembolso con arreglo a tarifas negociadas.

«urgencia médica»: situación que pone repentinamente en peligro la vida del paciente o que exige someter a este a un tratamiento en un plazo máximo de 48 horas para evitar que sufra un daño o una discapacidad.

«uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas»: El uso de medicamentos para indicaciones que no han sido autorizadas por el organismo nacional de reglamentación farmacéutica del país del prescriptor (es decir, el uso de medicamentos para una indicación no autorizada, en un grupo de edad no autorizado o con una dosis, duración o vía de administración diferentes). Los medicamentos pueden estar autorizados en otras jurisdicciones o no estar autorizados (todavía) en ningún lugar. Los medicamentos utilizados para una indicación no autorizada son reembolsables por el Seguro solo en condiciones específicas (véase el párrafo B.188 de los Estatutos del Seguro).

«ASHI»	Seguro de enfermedad después de la separación del servicio
«CCPPNU»	Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
«CIE»	Clasificación Internacional de Enfermedades
«IMC»	Índice de masa corporal
«LSS»	Licencia sin goce de sueldo

«Oficial del Seguro en la Oficina Regional»	Oficial de Presupuesto y Finanzas competente en la Región de que se trate
«Oficial del Seguro en la Sede»	El Jefe de la unidad del SHI
«ONUSIDA»	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
«N/A»	No se aplica
«SHI»	Seguro de Enfermedad del Personal (Unidad del)
«SHI/GOC»	Comité de Supervisión Mundial de la Unidad del SHI
«SHI/GSC»	Comité Permanente Mundial de la Unidad del SHI

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.1 En esta tabla figuran todas las prestaciones, así como los topes y las tasas de reembolso. Estas prestaciones: • están sujetas a cualquier provisión, limitación y/o exclusión contenida en esta tabla o en otra parte de estos Estatutos; • se aplican exclusivamente a los gastos reconocidos de atención de salud en que incurran los funcionarios y las demás personas afiliadas al Seguro; y • se aplican a servicios prestados por un prestador de servicios de salud al que las autoridades del país en el que este desempeña su actividad han dado licencia y autorización para ejercer. Antes de empezar un tratamiento, los afiliados deben asegurarse de que los prestadores de servicios de salud han recibido la licencia y la autorización para ejercer de parte de las autoridades del país en el que estos desempeñan su actividad y de que el tratamiento es reembolsable según estos Estatutos.								
B.10 Atención quirúrgica y no quirúrgica								
B.10.1	Definida sobre la base del costo estimado antes del tratamiento o del límite alcanzado durante el tratamiento	Menos de US$ 50 000		N/A	X		80%	Sí
B.10.2		Entre US$ 50 000 y US$ 100 000	Informe médico + costo estimado	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.10.3		Entre US$ 100 000 y US$ 200 000	Informe médico elaborado con el modelo SHI y renovado cada 30 días o con mayor frecuencia + costo estimado	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.10.4		Más de US$ 200 000		SHI/GSC		X	80%	Sí
B.20	Cirugía plástica	No reembolsable, excepto en caso de:						
B.20.1	Cirugía reconstructiva o plástica después de lesiones, neoplasias, infecciones u otras enfermedades		Informe médico + costo estimado + fotografías y/o examen realizado por el asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.20.2	Cirugía plástica para tratar los efectos secundarios de un tratamiento después una enfermedad		Informe médico + costo estimado + fotografías y/o examen del asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.20.3	Mamoplastia de reducción por motivos médicos		Informe médico emitido por un cirujano distinto del encargado de la operación, incluida la historia de síntomas que justifiquen la intervención médica; el peso del tejido eliminado debe ser igual o superior a 500 gr por seno (el IMC no puede ser superior a 25) + costo estimado + fotografías y/o examen del asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	SHI/GSC		X	80%	Sí
B.20.4	Cirugía plástica en niños menores de 18 años con anomalías congénitas graves		Informe médico emitido por un cirujano distinto del encargado de la operación, incluido informe psiquiátrico del impacto psicológico + costo estimado + fotografías y/o examen realizado por el asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	SHI/GSC		X	80%	Sí
B.20.5	Consecuencias médicas graves de intervenciones de cirugía plástica		Informe médico emitido por un cirujano distinto del encargado de la operación, o por un especialista, en el que se resuman los riesgos médicos que conllevaría no realizar la intervención + costo estimado + fotografías y/o examen realizado por el asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	SHI/GSC		X	80%	Sí
B.20.6	Blefaroplastia (por motivos médicos únicamente)	US$ 2000 por ojo (de por vida)	Informe médico emitido por un facultativo distinto del encargado de la operación, acompañado de una evaluación del campo visual y fotografías del ojo afectado y su contorno	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.21	Cirugía maxilofacial (véase la definición incluida en la Parte A)	No afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos	Informe médico + costo estimado + fotografías y/o examen del asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.22	Cirugía bariátrica		Informe médico con indicación del IMC + costo estimado + fotografías y/o examen del asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional.	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.23	Cirugía de cataratas (véase B.113)							
B.30 Hospitalización (estancia y manutención, servicios de atención general, incluida atención de enfermería, y atención hospitalaria especializada)								
B.30.1	En el Canadá, Suiza y los Estados Unidos: costo mínimo de habitación semiprivada (2 camas), sujeto **a la tasa diaria máxima regional**	365 días por accidente o enfermedad. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro[2]	X		80%	Sí
B.30.2	En los demás países: costo mínimo de una habitación privada, sujeto a la tasa diaria máxima regional	365 días por accidente o enfermedad. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.30.3	Hospitalización y tratamiento médico en la unidad de atención pública de un hospital público	365 días por accidente o enfermedad. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	X		100%	Sí

[2] Con respecto a los párrafos B.30.1 a B.30.7, en caso de que no sea posible pedir la aprobación previa por ser un accidente o emergencia, la hospitalización debe notificarse al Seguro lo antes posible, preferiblemente en un plazo de dos semanas.

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.30.4	Hospitalización para tratamiento médico o cirugía en el día (sin pernoctación)	Paquetes hospitalarios por días: En los hospitales/consultorios que ofrecen esta opción, el oficial del Seguro en la Sede podrá limitar el monto de reembolso al costo del paquete		N/A	X		80%	Sí
B.30.5	Hospitalización para atención psiquiátrica	365 días por periodo de 5 años. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico cada 30 días durante los primeros 90 días y luego cada 90 días	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.30.6	Hospitalización para atención geriátrica	365 días. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.30.7	Hospitalización en el domicilio	No puede ser superior al costo de la atención en un hospital; si el costo de atención domiciliaria supera al costo de atención hospitalaria, el Seguro limitará el monto reembolsable a este último	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.30.8	Hospitalización para intervenciones de cirugía plástica incluidas en las categorías B.20.1, B,20.2, B.20.3, B.20.4 y B.20.5	365 días por accidente o enfermedad. Para hospitalizaciones de más de 365 días, véase la categoría B.31	Informe médico	SHI/GSC		X	80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.31	Hospitalizaciones prolongadas (de más de 30 días)		Informe médico	SHI/GSC si el periodo de hospitalización supera los 365 días		X	80%	Sí
B.32	Hospitalización para chequeo médico general	No reembolsable						
B.33	Hospitalización para cirugía plástica	No reembolsable, salvo en el caso de intervenciones incluidas en las categorías B.20.1, B,20.2, B.20.3, B.20.4 y B.20.5						
B.34	Hospitalización por consumo de sustancias psicoactivas	(véase el apartado B.60)						
B.35	Hospitalización para cirugía maxilofacial	(véase el apartado B.21)						
B.50 Servicios prestados durante la hospitalización								
B.50.1	Colocación de prótesis internas, incluido el mantenimiento: **B.50.1 A** – Prótesis (pierna, rodilla, etc.), incluido el mantenimiento; **B.50.1 B** – Derivación vascular (baipás); **B.50.1 C** – Marcapasos.		N/A	N/A			80%	Sí
B.50.2	Sala de operaciones			N/A			80%	Sí
B.50.3	Sala de partos			N/A			80%	Sí
B.50.4	Servicios radiológicos y de laboratorio			N/A			80%	Sí
B.50.5	Terapias prescritas (incluidas transfusiones de sangre)			N/A			80%	Sí
B.50.6	Medicamentos prescritos			N/A			80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.50.7	Anestésicos			N/A			80%	Sí
B.50.8	Fisioterapia			N/A			80%	Sí
B.50.9	Acompañante	No reembolsable						
Consumo de sustancias psicoactivas								
B.60	Tratamiento de desintoxicación para pacientes hospitalizados y ambulatorios	US$ 30 000 (de por vida)	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede, o SHI/GSC si la duración del tratamiento supera los 365 días	X		80%	No
B.70 Convalecencia/rehabilitación								
B.70.1	En el Canadá, Suiza y los Estados Unidos: costo mínimo de habitación semiprivada (2 camas), con sujeción a la tasa diaria máxima regional, en una institución médica reconocida (centro de convalecencia, residencia de ancianos, geriátrico, centro de rehabilitación cardiovascular)	30 días	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.70.2	En los demás países: costo mínimo de una habitación privada, sujeto a la tasa diaria máxima regional	30 días	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.71	Convalecencia/rehabilitación de más de 30 días	30 días	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
Atención de enfermería								
B.80	Atención de enfermería para afecciones agudas: por ejemplo, vendaje de heridas o administración de inyecciones	30 días	Prescripción médica	N/A			80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.80.1	Atención de enfermería para afecciones agudas durante más de 30 días	Duración según aprobación en cada caso	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
Atención de enfermería prolongada								
B.81	Atención de enfermería prolongada:			Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.81.1	Atención domiciliaria para enfermedades crónicas, incluidas afecciones geriátricas	US$ 100 por día	Informe médico cada 12 meses	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.81.2	En una institución especializada	US$ 100 por día. Nota: Si no se puede determinar la parte correspondiente a la atención de enfermería, se considerará que representa un 50% de la factura.	Informe médico cada 12 meses	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.81.3	En un hospital donde el paciente está a la espera de su ingreso en una institución especializada	US$ 100 por día. Nota: Si no se puede determinar la parte correspondiente a la atención de enfermería, se considerará que representa un 50% de la factura.	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
Cuidados paliativos								
B.83	Cuidados paliativos para enfermos terminales	US$ 100 al día. Nota: Si la atención de enfermería no se puede identificar, el 50% de la factura se atribuirá a la atención de enfermería.					80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
Servicios no reembolsables (lista no exhaustiva)								
B.84	Asistencia domiciliaria (para compras, limpieza, cocina, jardinería, etc.)	No reembolsable						
B.85	Cuidados prestados por un familiar, incluido el/la cónyuge	No reembolsable						
B.86	Balnearioterapia, tratamientos termales y talasoterapia	No reembolsable						
B.87	Tratamientos estéticos cuya única finalidad sea mejorar el aspecto físico	No reembolsable						
Servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación proporcionados por:								
B.90	Médico	Véase también B.243		N/A			80%	Sí
B.91	Partero/a			N/A			80%	Sí
B.92	[suprimido]							
B.93	Técnico de laboratorio		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.94	Radiólogo		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.95	Audiólogo		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.96	Ortopedista	24 sesiones por año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.97	Dietista	6 sesiones por año, pero solo si: IMC = >30 o <15, o en caso de: - enfermedades celíacas - colitis crónica - enteropatías inflamatorias crónicas - nefropatías crónicas - fibrosis cística - diabetes - VIH - enfermedades neuromusculares	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
		Otras enfermedades	Informe médico, con código CIE-11	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.98	Ergoterapeuta	24 sesiones por año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.99	Osteópata/quiropráctico	24 sesiones por año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.101	Fisioterapeuta	24 sesiones por año, más el remanente de sesiones no utilizadas durante los 2 años precedentes	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.102	[desplazado a la rúbrica B.108.1]							
B.103	Podólogo/pedicuro	12 sesiones por año	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.104	[desplazado a la rúbrica B.108.2]							
B.105	Logopeda, para adultos (para trastornos del lenguaje causados por accidente o enfermedad)	Número de sesiones y periodo según aprobación en cada caso	Informe médico	N/A	X		80%	Sí
B.106	Psicoterapeuta/psicoanalista (sesiones presenciales y a distancia)	24 sesiones por año, más el remanente de sesiones no utilizadas durante los 2 años precedentes	Prescripción médica	N/A	X		80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.106.1	Psicoterapeuta, para trastornos incluidos en la Parte D (deberá agotarse antes el número máximo de sesiones indicado *supra*)	La CIE-10 servirá de referencia para determinar si se trata de una de las afecciones enumeradas en la Parte D, para las que no se establece ningún máximo reembolsable	Informe médico, con código CIE-10, cada 12 meses	Oficial del Seguro en la Sede, una vez agotado el número máximo de sesiones previsto *supra*	X		80%	Sí
B.107	Con respecto a los apartados B.96 a B.106 *supra*, en caso de superarse el número máximo previsto de sesiones	Número de sesiones y periodo según se determine en cada caso	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X			
B.108 Atención de la salud específicamente para el niño, adolescente y el joven								
B.108.1	Psicomotricista (para niños de hasta 18 años)	150 sesiones al año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.108.2	Logopeda, para niños de hasta 18 años	150 sesiones al año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.108.3	Terapias reconocidas que se han de dispensar tempranamente, como los enfoques comportamentales y comunicacionales (incluido el análisis aplicado del comportamiento, o ABA); otras terapias reconocidas que ha de evaluar el Asesor Médico del Seguro	La CIE-10 servirá de referencia para determinar si se trata de una de las terapias enumeradas en la Parte D, para las que no se establece ningún máximo reembolsable.	Terapia prestada por un psicoterapeuta o bajo su supervisión: informe médico de un pediatra en el que se indique el código de la CIE-10, el plan terapéutico detallado y el número de horas o días de terapia. Examen cada 6 meses.	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
Atención oftalmológica (se aplicará a los afiliados nuevos, así como a los funcionarios que hayan reanudado su afiliación en el curso del año civil, la cláusula prorrata temporis en relación con las cuantías máximas indicadas *infra*)								
B.110	Lentes correctivos y monturas, lentes de contacto comprados por internet o no, reemplazo de lentes correctivos o monturas dañados	US$ 250 por año, más las cuantías remanentes de este epígrafe no utilizadas en los 3 años precedentes	Resultados de un examen ocular realizado por un oftalmólogo o un optometrista/óptico titulado con autorización para ejercer	N/A			80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.111	Lentes correctivos tras cirugía ocular	US$ 250 para la compra de lentes, únicamente en los 12 meses siguientes a la intervención quirúrgica	Informe médico	N/A			80%	No
B.111.1	Lentes ópticos especiales		Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.112	Cirugía ocular refractiva	US$ 2000 por ojo (de por vida)	Informe médico que confirme que el paciente tiene miopía o hipermetropía, con o sin astigmatismo, de más de 4 dioptrías.	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
			En otros casos: informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X			No
B.113	Catarata	US$ 3500 por ojo		N/A	X		80%	No
B.113.1	Catarata con complicaciones y/u hospitalización	Sin tope	Informe médico y estimación de costos	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
B.114	Otras cirugías oculares		Informe médico + informe médico de un cirujano distinto del que realice la cirugía + costo estimado	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
Servicios odontológicos (se aplicará a los afiliados nuevos, así como a los funcionarios que hayan reanudado su afiliación en el curso del año civil, la cláusula prorrata temporis en relación con las cuantías máximas indicadas *infra*)								
B.120	Atención odontológica general, incluidos: tratamientos de higiene bucodental, ortodoncia, odontología, endodoncia, prótesis y periodoncia (incluidos el costo de servicios de dentista, técnico y anestesista, el material requerido, coronas, puentes, prótesis, implantes —incluidos implantes con injerto óseo— o dispositivos similares)	US$ 1500 por año (en función de la fecha de tratamiento), más las cuantías remanentes de este epígrafe no utilizadas en los 3 años precedentes		N/A			80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.121	Sustitución protésica de una o más piezas dentales debido a las consecuencias de enfermedades sistémicas graves (por ejemplo, cáncer, cardiopatía) o de una anomalía congénita no dental, o para permitir la realización de una intervención quirúrgica no dental	US$ 3500 (no afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos)	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.122	Atención odontológica a consecuencia de un accidente	No afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.123	Cirugía maxilofacial	(véase el apartado B.21)						
Intervenciones preventivas (reembolsables al 100% hasta alcanzar los máximos establecidos en cada caso; al saldo restante se le aplicará una tasa de reembolso del 80%)								
B.150	Vacunas (incluidas en la lista siguiente — salvo las vacunas reembolsadas al 80%):		Prescripción médica o administración de la vacuna al afiliado en cuestión por un proveedor de atención sanitaria al que las autoridades sanitarias del país en el que este desempeñe su actividad hayan dado licencia y autorización para ello.	N/A			100%	No
	BCG			N/A				No
	Cólera			N/A				No
	Difteria y vacunas con componente antidiftérico			N/A				No
	Haemophilus influenzae tipo b			N/A				No
	Hepatitis A			N/A				No
	Hepatitis B			N/A				No
	Gripe			N/A				No
	Encefalitis japonesa			N/A				No
	Sarampión y vacunas con componente antisarampionoso			N/A				No
	Vacuna antineumocócica y vacuna antineumocócica conjugada			N/A				No
	Parotiditis (paperas)			N/A				No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
	Tos ferina y vacunas con componente antitosferínico			N/A				No
	Vacuna antineumocócica, vacuna antineumocócica conjugada y polisacárido			N/A				No
	Poliomielitis y vacunas con componente antipoliomielítico			N/A				No
	Rabia			N/A				No
	Rubéola y vacunas con componente antirubeólico			N/A				No
	Rotavirus			N/A				No
	Tétanos y vacunas con componente antitetánico			N/A				No
	Encefalitis transmitida por garrapata			N/A				No
	Vacuna conjugada contra la fiebre tifoidea y polisacárido			N/A				No
	Fiebre amarilla			N/A				No
	Varicela			N/A				No
	Herpes zóster/culebrilla, a partir de los 50 años	2 dosis cada 5 años		N/A				No
	Virus del papiloma humano (VPH)			N/A				No
B.152	Mamografía, a partir de los 40 años	US$ 300 por periodo de 2 años		N/A			100%	No
B.153	Revisión ginecológica (incluido frotis de Papanicolaou)	US$ 150 por periodo de 2 años		N/A			100%	No
B.154	PSA (prueba de próstata), a partir de los 50 años	US$ 50 por año	Prescripción médica	N/A			100%	No
B.155	Pruebas de detección del cáncer de colon a partir de los 50 años (de entre los métodos siguientes):							
B.155.1	Colonoscopia	US$ 1200 por periodo de 10 años		N/A			100%	No
B.155.2	Prueba inmunoquímica fecal	US$ 30 por periodo de 2 años		N/A			100%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.156	Consulta médica para afiliados que no sean funcionarios en activo y tengan 55 años o más, consistente en: - Auscultación cardiovascular y pulmonar - Toma del pulso y medición de la tensión arterial - Cálculo del Índice de Masa Corporal Las siguientes pruebas: - ECG - Muestra de sangre con hemograma completo (leucocitos, eritrocitos, Hgb, Hct, volumen corpuscular medio (VCM), plaquetas), glicemia en ayunas, creatinina, albúmina, bilirrubina, ALT, AST, ALP, GGT, TG y colesterol LDL y HDL.	Tope regional máximo renovable cada dos años		N/A			100%	No
B.157	Prueba de VIH (incluida orientación antes y después de la prueba)	US$ 100 por año		N/A			100%	No
B.158	Pruebas de la hepatitis B y de la hepatitis C (incluida orientación antes y después de la prueba)	US$ 100 por año		N/A			100%	No
B.159	Prueba oftalmológica para niños con edades comprendidas entre los 10 meses y los 4 años	US$ 200 – una prueba de por vida		N/A			100%	No
Salud reproductiva								
B.160	Pruebas de diagnóstico prenatal			N/A			80%	Sí
B.161	Clases de preparación al parto impartidas por personal de partería/enfermería			N/A			80%	Sí
B.162	[suprimido]							

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.163	Parto domiciliario con asistencia de partera o médico			N/A			80%	Sí
B.164	Parto hospitalario			N/A			80%	Sí
B.165	Tratamiento de fecundidad	US$ 30 000 (de por vida)	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.166	Anticonceptivos		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.167	Esterilización			N/A			80%	Sí
B.168	Ejercicios prenatales	No reembolsable						
B.169	Ejercicios posnatales	No reembolsable						
B.170	Gestación subrogada	No reembolsable						
Productos medicinales								
B.180	Medicamentos prescritos reembolsados por el Seguro		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.181	Medicamentos reembolsables prescritos por funcionarios/ exfuncionarios que son médicos	Únicamente para uso propio o para familiares asegurados	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.182	Apósitos (tras cirugía/accidente)		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.183	Homeopatía		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.184	Medicación para la disfunción eréctil		Prescripción médica	N/A	X		80%	Sí
B.185	Sustitutos del tabaco (excluidos los cigarrillos electrónicos)		Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.186	Complementos alimentarios/leche para lactantes		Informe médico Únicamente patologías graves	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.187	Vitaminas y minerales		Informe médico Únicamente patologías específicas	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.188 Uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas *N.B. La aprobación previa requerida para considerar el reembolso de medicamentos utilizados para indicaciones no autorizadas puede ser excepcionalmente dispensada en caso de urgencia médica (véanse en el apéndice las definiciones del Seguro para «uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas» y «urgencia médica»).*								

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.188.1	**Uso basado en pruebas de alta calidad:** Uso rutinario de un tratamiento en el ámbito ambulatorio u hospitalario de conformidad con directrices o protocolos terapéuticos basados en pruebas de alta calidad.	Menos de US$ 500 al año. Cuando el tratamiento supere los 12 meses, véase el párrafo B.188.3	Prescripción médica. El Seguro podrá solicitar un informe médico.	Oficial del Seguro	X		80%	Sí
		Más de US$ 500 al año. Cuando el tratamiento supere los 12 meses, véase el párrafo B.188.3	Prescripción e informe del médico tratante en el que se haga referencia a directrices de práctica clínica de alta calidad o a protocolos normalizados, con inclusión de: - plan de tratamiento, costo y resultados relevantes favorables esperados; - plan de evaluación; - consecuencias para el paciente si la enfermedad no se trata; - confirmación de que no se dispone de ningún otro tratamiento reconocido con una relación beneficio-daño favorable para el paciente. El Seguro podrá pedir un segundo informe de un médico distinto del que prescribió el tratamiento.	SHI/GSC		X	80%	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.188.2	**Uso compasivo/experimental** Uso de una terapia que esté siendo objeto de ensayos clínicos o de una solicitud de autorización de comercialización con el fin de tratar a un grupo de pacientes con una enfermedad debilitante crónica o grave o una enfermedad potencialmente letal que no puedan ser tratados satisfactoriamente con un medicamento autorizado. El uso compasivo se caracteriza por la existencia de muy pocas pruebas que respalden el uso del medicamento.		Normalmente no se reembolsa. Consideración excepcional caso por caso. Se aplican los requisitos enunciados en el párrafo B.188.1.	SHI/GSC		X	80%	Sí
B.188.3	**Uso prolongado o crónico de medicamentos para indicaciones no autorizadas** en relación con lo descrito en los párrafos B.188.1 y B.188.2 por una duración superior al periodo máximo de 1 año	Cantidad y periodo pendientes de aprobación.	Se aplican los requisitos enunciados en el párrafo B.188.1.	SHI/GSC		X	80%	Sí
Productos medicinales no reembolsables (lista no exhaustiva)								
B.200	[suprimido]							
B.201	Aguas minerales	No reembolsable						
B.202	Productos medicinales de venta sin receta médica	No reembolsable						
B.203	Suprimido (trasladado a la categoría Intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas)							
B.204	Champús, tónicos capilares o jabones especiales	No reembolsable						
B.205	Protectores solares	No reembolsable						
B.206	Artículos de tocador	No reembolsable						
B.207	[suprimido]							

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.208	Medicamentos adquiridos por internet	No reembolsable						
B.209	[suprimido]							
Dispositivos y accesorios – cuantía máxima reembolsada por cada compra (lista no exhaustiva)								
B.210	Sostén (especial) para mujeres mastectomizadas	US$ 200 por año	Informe médico para la primera compra (este requisito dejará de aplicarse para compras ulteriores, durante el resto del periodo de afiliación)	N/A			80%	No
B.211	Prótesis de sostén para mujeres mastectomizadas	US$ 400 por año	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.212	Audífonos, incluido su mantenimiento	- US$ 2500 por oído, por periodo de 4 años + US$ 250 por oído por periodo de 4 años si se ha consultado a un audioprotesista o audiólogo; o bien	Prescripción médica + audiograma	N/A			80%	No
		- con mayor frecuencia, cuando existan motivos médicos, previamente aprobados por el asesor médico	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.212.1	Implantes cocleares		Informe médico	N/A			80%	Sí
B.213	Inhaladores	US$ 100 por periodo de 5 años	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.214	Plantillas (ortopédicas y hechas a la medida)	US$ 1000 por periodo de 2 años	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.215	Medias (de sostén)	US$ 140 por año (máx. 2 pares)	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.216	Calzado (ortopédico y hecho a la medida)	US$ 1800 por año (máx. 2 pares)	Prescripción médica	N/A			80%	No
B.217	Pelucas	US$ 800 por año	Prescripción médica	N/A	X		80%	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
Dispositivos y accesorios – cuantía máxima reembolsada en caso de alquiler o compra								
B.219	Cama clínica	US$ 2000 (de por vida)	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.219.1	Colchón antiescaras	US$ 400	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.220	Extractor de leche	US$ 250 por recién nacido (no más de uno al año)	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.221	Collarín (ortopédico)	US$ 50 por año	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.222	Muletas	US$ 50 por año	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.223	Glucómetro incluido su mantenimiento		Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.224	Andador	US$ 50 por periodo de 2 años	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.225	Aparatos para la apnea (incluidos humidificadores) y su mantenimiento		Informe médico cada 5 años	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.225.1	Compra de un aparato para la apnea; **o bien**	US$ 1000 cada 5 años						
B.225.2	Alquiler de un aparato para la apnea	US$ 500 por año						
B.225.3	Alquiler o compra de un aparato de presión positiva bifásica en la vía aérea (BiPAP)	US$ 2500 por año						
B.226	Silla de ruedas (eléctrica o manual) o moto eléctrica para personas con movilidad reducida, incluido su mantenimiento	US$ 3000 (por periodo de 5 años)	Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	No
B.226.1	Silla de ruedas (eléctrica o manual) o moto eléctrica para personas con movilidad reducida, si el estado de salud se ha deteriorado de forma notable en los 5 años siguientes a la última compra	US$ 3000	Informe médico para confirmar el deterioro de las funciones físicas					
B.226.2	Movilidad vertical para personas con discapacidad/Bipedestador		Informe médico					

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.227	Absorbentes para la incontinencia	60 unidades al mes	Prescripción médica	N/A	X		80%	No
B.228	Aparatos específicos y prótesis externas:							
B.228.1	Bomba de insulina		Informe médico	N/A			80%	Sí
B.228.2	Bomba de apomorfina			N/A			80%	Sí
B.228.3	Bomba temporal			Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.228.4	Concentrador de oxígeno (incluidos los portátiles)	US$ 2000		Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.228.5	Equipo de compresión			N/A			80%	Sí
B.228.6	Dispositivo ortopédico (de rodilla, etc.)			Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.228.7	Ortesis (de tibia, cráneo, etc.)			Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.228.8	Corsé			Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
Dispositivos y accesorios no reembolsables (lista no exhaustiva)								
B.230	Adaptaciones en el hogar (por ejemplo, ducha, salvaescaleras, aseo adaptado, asiento de bañera)	No reembolsable						
B.231	Purificador de aire o humidificador	No reembolsable						
B.232	Traje de baño para mujeres mastectomizadas	No reembolsable						
B.233	[suprimido]							

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
B.234	Artículos de cama (distintos de los colchones antillagas)	No reembolsable						
B.235	Tensiómetro	No reembolsable						
B.236	[suprimido]							
B.237	Bombillas (de infrarrojos)	No reembolsable						
B.238	Mantenimiento específico de equipo adquirido personalmente	No reembolsable						
B.239	Termómetro	No reembolsable						
Intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas								
B.240	Acupuntura	24 sesiones por año	Prescripción médica	N/A			80%	Sí
B.240.1	Acupuntura – más de 24 sesiones	Número de sesiones y periodo según se determine en cada caso	Prescripción médica e informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.241	Otras intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas (ayurveda, medicina antroposófica, terapia neural, medicina tradicional china), solo en régimen ambulatorio (véase el apartado B.243)	12 sesiones por año	Prescripción médica y prueba documental de que el tratamiento está autorizado por las autoridades sanitarias del país en que se dispensa	N/A			80%	Sí
B.242	Naturopatía, fitoterapia/medicina herbaria (nota: algunos medicamentos herbarios pueden estar cubiertos por el párrafo B.241)	No reembolsable						
B.243	Cualquier consulta con un médico en relación con modalidades no reembolsables de medicina alternativa, incluidos los exámenes o medicamentos prescritos en cada caso o el tratamiento dispensado tras la consulta	No reembolsable						

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisitos para el examen de la solicitud	Se exige la aprobación previa de	Reembolsos sujetos a la aprobación del		Tasa de reembolso	Reembolso adicional
					Oficial del Seguro en la Sede	SHI/GSC		
Transporte								
B.250	En casos de urgencia médica:							
B.250.1	Ambulancia por vía de superficie hasta el establecimiento de atención de salud más cercano donde se pueda tratar al paciente			N/A			80%	Sí
B.250.2	Cualquier otro medio de transporte hasta el establecimiento de atención de salud más cercano, si el transporte en ambulancia por vía de superficie no es apropiado		Informe médico	N/A	X		80%	Sí
B.251	En situaciones distintas de las urgencias médicas:							
B.251.1	Ambulancia por vía de superficie entre establecimientos de atención de salud			N/A	X		80%	Sí
B.251.2	Otro tipo de transporte más barato (en casos críticos) hasta el punto más cercano en que se pueda tratar al paciente		Informe médico	Oficial del Seguro en la Sede	X		80%	Sí
B.252	Servicios de búsqueda y rescate	No reembolsable						
B.253	Evacuación/repatriación por razones médicas	No reembolsable						
B.254	Cualquier otro tipo de transporte	No reembolsable						
Fallecimiento								
B.255	Repatriación	No reembolsable						
B.256	Servicios mortuorios/funerarios	No reembolsable						

PARTE C: PROCEDIMIENTO PARA LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO

GASTOS EXCESIVOS

C.1 Si el oficial del Seguro en la Sede considera que los cargos por un servicio son claramente excesivos, podrá limitar, previa consulta con el oficial del Seguro regional, según proceda, el reembolso sobre la base del costo habitual («cargo usual, habitual y razonable» (UCR, por sus siglas en inglés) en algunos países) de servicios similares en la localidad de que se trate.

REEMBOLSO ADICIONAL (LÍMITE CATASTRÓFICO)

C.2 Los funcionarios y exfuncionarios tendrán derecho a un reembolso adicional si, en el periodo de 12 meses previo a la fecha de reembolso, incurren, por cuenta suya o de un familiar que cumpla las condiciones requeridas, y por servicios descritos en la Parte B – Prestaciones (que figuren como incluidos en el cálculo de gastos catastróficos), en gastos, calculados en función de las cantidades y de las fechas en que se efectúe el reembolso, que excedan su límite catastrófico.

C.3 Ese reembolso adicional será equivalente al 100% de la diferencia entre el gasto efectuado por el funcionario o exfuncionario y su límite catastrófico. El límite catastrófico se calcula como sigue:

C.3.1 en el caso de los funcionarios activos, el 5% de su remuneración anual tomada como base para calcular la cotización de conformidad con estos estatutos; cuando se trate de funcionarios con contratos a tiempo parcial, también se tomará como base de cálculo la remuneración correspondiente a un nombramiento equivalente a plazo fijo y a tiempo completo;

C.3.2 en el caso de los exfuncionarios con más de 25 años de servicio, o sus familiares a cargo sobrevivientes, el 5% de la pensión completa efectiva;

C.3.3 en el caso de los exfuncionarios con menos de 25 años de servicio a cuya pensión se hace referencia en la Parte E – Condiciones de afiliación, o sus familiares a cargo sobrevivientes, el 5% de la pensión completa pagadera después de 25 años de servicio.

REEMBOLSO DE OTRAS FUENTES

C.4 Si existe otro seguro, plan de seguridad social o programa similar, se reembolsará la parte del gasto no reembolsada por el otro programa, hasta un máximo del 80% del total que se pagaría normalmente; en ningún caso, el monto reembolsado, agregado al reembolso recibido de otra fuente, excederá del 100% del costo total del tratamiento.

C.5 Si existen motivos para pensar que un tercero puede tener la responsabilidad legal de reembolsar los gastos médicos por una enfermedad o lesión por la cual correspondería normalmente al Seguro hacer el reembolso, el funcionario afectado deberá informar de ello al oficial del Seguro competente. El afiliado deberá presentar todas las facturas médicas pertinentes directamente al seguro de ese tercero. Si el funcionario afectado recibe del seguro de un tercero el reembolso de algún gasto médico que ya haya sido reembolsado por el Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS, deberá reintegrar a este último la cantidad recibida. En casos excepcionales, el Director General o, en las regiones, el director regional

podrá exigir al funcionario afectado que tome las medidas necesarias para hacer cumplir tal responsabilidad. En esos casos, los gastos derivados de las acciones legales serán sufragados por el Seguro.

LIMITACIONES

LUGAR DE TRATAMIENTO

C.6 A los funcionarios o exfuncionarios que soliciten atención médica en los Estados Unidos de América se les reembolsará hasta un 60% de sus gastos médicos reembolsables («límite de reembolso»).

C.6.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo C.7, el límite de reembolso no se aplicará:
i) a los funcionarios cuyo lugar de asignación esté dentro de la Región de las Américas de la OMS;
ii) a los exfuncionarios cuyo país de residencia reconocido por la OMS[3] esté dentro de la Región de las Américas;
iii) a las prestaciones cuyo monto o límite máximo de reembolso en US$ esté indicado en los párrafos B.60, B.110, B.111, B.120, B.165 y del B.210 al B.226 de la Parte B; o
iv) a cualquier tipo de atención sanitaria cuyo costo sea inferior a US$ 1000 por evento.

C.6.2 En casos excepcionales o en casos de emergencia en que el paciente no pueda viajar por razones médicas, el límite de reembolso podrá ser retirado por:
i) el oficial del Seguro en la Sede cuando no se prevea que los costos sean superiores a US$ 200 000; o
ii) el SHI/GSC cuando se prevea que los costos superen los US$ 200 000.

C.6.3 Los familiares a cargo y otros familiares que cumplan las condiciones requeridas se beneficiarán de la misma cobertura que el funcionario o exfuncionario con el que estén emparentados.

C.6.4 Los funcionarios cuyo lugar de destino esté fuera de la Región de las Américas de la OMS y los exfuncionarios que residan fuera de la Región de las Américas de la OMS deben informar con antelación al oficial del Seguro en la Sede de cualquier tipo de atención sanitaria que tanto ellos como sus familiares a cargo u otros familiares afiliados tengan previsto recibir en los Estados Unidos de América, especialmente para que la compañía especializada en contención de gastos médicos pueda negociar la facturación de los servicios prestados a un costo más bajo tanto para el paciente como para el Seguro. Esta obligación no se aplica en el caso de la atención médica a la que se hace referencia en los apartados iii) y iv) del párrafo C.6.1.

C.6.5 Cuando el límite de reembolso se aplique según el párrafo C.6, en el cálculo del reembolso adicional (límite catastrófico) se incluirá hasta el 15% de los gastos médicos reembolsables a efectos de la aplicación del párrafo C.2.

[3] Esto es, el país de residencia reconocido por la OMS en la fecha de la separación del servicio, a menos que el exfuncionario proporcione al oficial del Seguro pruebas fehacientes de que se ha instalado en otro país (por ejemplo, certificado de residencia expedido por una autoridad nacional del nuevo país de residencia en el que se indique, entre otras cosas, la fecha de inicio de la nueva residencia).

TRATAMIENTO FUERA DE LA RED EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

C.7 Para los funcionarios a los que se hace referencia en el párrafo C.6.1(*i*), los exfuncionarios a los que se hace referencia en el párrafo C.6.1(*ii*) y sus familiares a cargo y otros familiares que cumplan las condiciones requeridas con arreglo al párrafo C.6.3, incluso en lo que respecta a la atención médica mencionada en el párrafo C.6.1(*iv*), a partir del 1 de enero de 2020[4] el límite máximo de reembolso de los tratamientos fuera de la red recibidos en los Estados Unidos de América será del 70% de los gastos médicos reembolsables.

C.7.1 Sin perjuicio de otros límites y condiciones contenidos en los presentes Estatutos, este límite máximo de reembolso podrá ser retirado excepcionalmente a petición de un cotizante que presente pruebas documentales satisfactorias:

a) en casos de emergencia en que el paciente no pueda viajar hasta un prestador de dentro de la red por razones médicas, por:

i) el oficial del Seguro cuando no se prevea que los costos sean superiores a US$ 200 000; o

ii) el SHI/GSC cuando se prevea que los costos superen los US$ 200 000.

b) previa aprobación por el oficial del Seguro en la Oficina Regional en caso de:

i) servicios de atención de la salud (por ejemplo, servicios de laboratorio) prestados por un prestador de atención de la salud de fuera de la red seleccionado por un prestador de atención de la salud de dentro de la red, cuando el participante no tenga la opción de seleccionar los servicios mencionados;

ii) prestaciones para el tratamiento de enfermedades mentales (incluidas las definidas en los párrafos B.30.5, B.34, B.60, B.106 y B.107);

iii) imposibilidad de obtener tratamiento dentro de la red (por ejemplo, cuando los prestadores de dentro de la red no acepten a nuevos pacientes);

iv) prestaciones para las que existe un monto máximo reembolsable o tope de reembolso en dólares de los Estados Unidos (US$) en virtud de los párrafos B.60, B.110, B.111, B.120, B.165 y B.210 a B.226 de la Parte B.

C.7.2 A efectos de la aplicación del párrafo C.2, la diferencia entre el 100% de los gastos reembolsables y la cantidad reembolsada hasta un máximo del 70% no se incluye en el cálculo del reembolso adicional (límite catastrófico).

[4] Se aplica un periodo de transición a partir del 1 de enero de 2019 para que los participantes cuyo médico tratante no pertenezca a la red del tercero administrador encuentren a un nuevo médico que pertenezca a la red.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO, EN TODOS LOS PAÍSES EXCEPTO LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

C.8 En las solicitudes de reembolso se deberán adjuntar las facturas, las recetas o prescripciones médicas (según corresponda) y una prueba del pago (se aportarán los documentos originales cuando la solicitud se realice mediante el formulario WHO 339 y copias auténticas de los originales cuando la solicitud se realice a través de SHI-Online) satisfactorios para el oficial del Seguro competente respecto de los servicios recibidos. Las solicitudes deben presentarse a través de SHI-Online. No obstante, excepcionalmente las solicitudes podrán ser presentadas mediante el formulario WHO 339 (sobre del Seguro), que deberá enviarse en un sobre con la indicación «Confidencial – Seguro de Enfermedad» al oficial del Seguro en la Sede o al oficial del Seguro en la Oficina Regional, según corresponda, por:

a) los exfuncionarios que se hayan separado del servicio antes del 1 de enero de 2020, o sus familiares sobrevivientes; o

b) otros exfuncionarios o funcionarios (o sus familiares sobrevivientes) que, a raíz de una solicitud acompañada de una justificación satisfactoria, hayan obtenido una excepción al requisito de presentación de solicitudes en línea por el oficial del Seguro competente.

C.9 Al firmar el formulario de reembolso WHO 339, o presentar la solicitud de reembolso en línea, el funcionario o exfuncionario confirma que:

C.9.1 las facturas cuyos reembolsos se solicitan han sido pagadas en su totalidad y que toda la información sobre cualquier descuento o pago recibido o que se espere recibir de otras fuentes ha sido presentada;

C.9.2 las facturas presentadas han sido verificadas y corresponden al tratamiento médico recibido;

C.9.3 el Seguro está autorizado a consultar o solicitar aclaraciones directamente al proveedor de la atención sanitaria o a otra compañía de seguros, según sea oportuno;

C.9.4 las facturas no están relacionadas con un tratamiento que haya tenido lugar durante una interrupción de la afiliación;

C.9.5 en el caso de las solicitudes de reembolso tramitadas en línea, todos los documentos presentados deben ser una copia auténtica del original, y todos los documentos originales deberán ser conservados durante tres años como mínimo y facilitarse a la Organización si ésta así lo solicitara para fines administrativos o de auditoría.

C.10 Los formularios de solicitud de reembolso deberán estar firmados por el funcionario (o el exfuncionario o un familiar sobreviviente), salvo si, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, el funcionario (o exfuncionario o familiar sobreviviente) no estuviera en condiciones de atender sus asuntos personales. En tal caso, las solicitudes podrán ser presentadas por su apoderado o, en circunstancias excepcionales, por una persona que actúe en su nombre en calidad de fiduciario.

C.10.1 Previa aprobación escrita del funcionario (o exfuncionario) por medio de un formulario proporcionado a tal efecto por la Secretaría del Seguro, el oficial del Seguro en la Sede podrá facilitar, en nombre del funcionario (o exfuncionario), información sobre cuestiones relacionadas con el Seguro al cónyuge de este.

C.11 Las solicitudes de reembolso deberán presentarse en los 12 meses siguientes a la fecha de la factura correspondiente a los servicios prestados, y estar traducidas al francés, el inglés o el principal idioma de trabajo de la oficina regional de que se trate. Normalmente, con el fin de evitar gastos administrativos innecesarios, las solicitudes de reembolso de cantidades pequeñas deberán juntarse y presentarse cuando el importe total alcance una cuantía mínima de US$ 50. En los casos en que se requiera información adicional, la documentación complementaria debe presentarse en un plazo de tres meses a partir de la fecha en que se pidió para que pueda efectuarse el reembolso.

C.11.1 En las solicitudes de reembolso solo se podrá utilizar una única moneda; se establece, además, un máximo de cinco facturas/recibos por solicitud.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

C.12 Las solicitudes de reembolso serán administradas por un tercero administrador y deberán ser presentadas:

C.12.1 por el funcionario (o exfuncionario o familiar sobreviviente), salvo si, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, este no estuviera en condiciones de atender sus asuntos personales. En tal caso, las solicitudes podrán ser presentadas por su apoderado o, en circunstancias excepcionales, por una persona a la que el asegurado haya pedido que actúe en su nombre;

C.12.2 en los 12 meses siguientes a la fecha de la factura correspondiente a los servicios prestados;

C.12.3 y conforme al procedimiento acordado con el tercero administrador.

PAGOS DIRECTOS

C.13 Se podrán realizar pagos directos a proveedores de atención sanitaria por la cantidad total de la factura médica de que se trate, si el importe total de dicha factura es igual o superior al 15% del sueldo mensual neto del funcionario en activo (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino aplicable a los funcionarios de la categoría profesional y directores); en el caso de los exfuncionarios, ese importe deberá equivaler al menos al 15% de la pensión mensual efectiva. Las solicitudes de pago directo se tramitarán por medio del formulario WHO 843 («sobre amarillo»), o por medio del correspondiente servicio en línea (SHI-Online), y se presentarán a la oficina que administra las solicitudes de reembolso del funcionario (o exfuncionario o familiar sobreviviente) de que se trate, junto con la factura o facturas originales pertinentes (o copias auténticas de los originales en el caso de las tramitaciones en línea) tan pronto como sea posible una vez recibidas del proveedor de atención sanitaria, normalmente en un plazo de 30 días y, en cualquier caso, no más tarde de tres meses a contar desde la fecha de la factura correspondiente a los servicios prestados. La parte de los gastos que corresponde pagar al funcionario (normalmente el 20%, más los gastos no reembolsables) se recuperará del sueldo del mes siguiente, o como máximo del sueldo de tres meses. En el caso de los exfuncionarios (o familiares sobrevivientes), estos abonarán al Seguro la parte de los gastos que les corresponda pagar (normalmente el 20% más los gastos no reembolsables).

CARTA DE GARANTÍA

C.14 En caso de hospitalización, y a petición del cotizante o del hospital, el SHI puede garantizar, dentro del límite de su responsabilidad, el pago directo de facturas cuando la petición se realice al menos dos semanas antes del comienzo de la hospitalización, excepto en los casos de urgencia médica. Se dará una garantía inicial para 30 días naturales de hospitalización. Cualquier prolongación de la garantía estará sujeta a la presentación de una solicitud del hospital o del funcionario, o bien del exfuncionario o familiar sobreviviente, sustentada por un informe médico que deberá remitirse al Seguro para su aprobación. Las cartas de garantía podrán expedirse también para tratamientos que no requieran hospitalización, en función de cada caso.

PAGO POR ADELANTADO

C.15 El oficial del Seguro está autorizado para realizar con carácter excepcional pagos por adelantado a proveedores de atención de salud por un importe máximo de US$ 20 000 (veinte mil dólares de los Estados Unidos) en los casos en que no se haya aceptado una carta de aval para la hospitalización y con el fin de facilitar el acceso al tratamiento. La parte de los gastos que corresponda abonar al funcionario, o al exfuncionario o familiar sobreviviente, se recuperará según lo dispuesto en el párrafo C.13 de estos estatutos.

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LOS REEMBOLSOS

C.20 Si la solicitud de reembolso se ajusta a los requisitos de estos estatutos, el oficial del Seguro competente se ocupará de calcular el monto del reembolso y abonará al solicitante la suma a la que tenga derecho en la moneda en que se efectuaron los gastos o, si esto no conviene a la Organización, en cualquier moneda de libre convertibilidad al tipo de cambio de la Organización.

C.21 Las prestaciones sujetas a un límite máximo en dólares de los Estados Unidos se calculan sobre la base de un tipo de cambio preferencial único, a fin de evitar fluctuaciones cambiarias con respecto al dólar. El tipo de cambio en cuestión se calcula cada mes de enero, para todas las monedas, utilizando el tipo de cambio medio de los 24 meses anteriores. Este tipo de cambio únicamente se aplica si resulta beneficioso para el afiliado. En los demás casos, se aplica el tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas vigente en la fecha de reembolso.

C.22 Si alguna parte de la solicitud de reembolso no se ajusta a los requisitos de estos estatutos, el oficial del Seguro competente efectuará el pago en función de las deficiencias detectadas en cada caso e informará al solicitante de los motivos por los que no se le puede abonar la cantidad íntegra. Si la información aportada en apoyo de la solicitud es incompleta, errónea o incorrecta, o contiene datos falsificados o fraudulentos, del tipo que sean, ello podrá dar lugar a la desestimación de la solicitud y/o a la denegación del reembolso de los pagos reclamados, así como a la adopción de medidas administrativas o de otra índole contra el afiliado, de conformidad con lo previsto en estos estatutos.

C.23 El Seguro podrá deducir de cualquier prestación pagadera a un afiliado de conformidad con los presentes estatutos el importe de cualquier suma que este le adeude cuando se haya efectuado algún pago en condiciones distintas de las establecidas en estos estatutos.

C.24 En caso de duda en cuanto a la interpretación de estos estatutos o la legitimidad de cualquier solicitud de reembolso, el oficial del Seguro competente puede remitir la solicitud al oficial del Seguro en la Sede, quien a su vez podrá remitirla al SHI/GSC.

CUENTA BANCARIA PARA LOS REEMBOLSOS

C.25 Los reembolsos se efectuarán al solicitante de la siguiente manera:

C25.1 En el caso de los funcionarios, los reembolsos normalmente se efectuarán en la cuenta bancaria en la que se deposita el sueldo. Los funcionarios de contratación internacional que tengan más de una cuenta en el Sistema Mundial de Gestión deberán elegir él cuenta en la que se harán todos los reembolsos.

C.25.2 Los exfuncionarios o familiares sobrevivientes deberán notificar al oficial del Seguro en la Sede cualquier cambio en su información bancaria, especificando los datos siguientes:

Nombre del titular de la cuenta (afiliado contribuyente)
Nombre y dirección del banco
Número de cuenta
IBAN
Código SWIFT/BIC/ABA/código Sort/IFSC/código REG/ u otro código local de identificación bancaria, según proceda
Moneda de la cuenta

C.25.3 La OMS no puede efectuar pagos a través de un banco intermediario.

PRESUNTOS CASOS DE FRAUDE O INTENTOS DE FRAUDE

C.26 En caso de sospecha de fraude o intento de fraude con respecto a los fondos del Seguro, el oficial del Seguro en la Sede puede retener el pago de las prestaciones con arreglo a los presentes Estatutos hasta que se decida si se ha cometido fraude o intento de fraude. Excepcionalmente, el oficial del Seguro en la Sede puede autorizar el pago de las presta-

ciones a través del pago directo al prestador de atención sanitaria del costo de la atención reembolsable hasta el importe máximo de la responsabilidad del Seguro en virtud de los presentes Estatutos. Una vez establecido si se ha cometido fraude o intento de fraude, cualquier pago de las prestaciones retenidas se realizará a reserva de lo dispuesto en los presentes Estatutos y en consonancia con ellos y teniéndose en cuenta, en su caso, cualquier deducción prevista en el párrafo C.23.

MEDICARE (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

C.27 Los exfuncionarios, sus familiares a cargo y otros familiares que cumplan las condiciones requeridas y estén afiliados al Seguro («familiares afiliados») a quienes se hace referencia en el párrafo E.13 y que estén inscritos en la Parte A[5] y/o en la Parte B de Medicare de los Estados Unidos (Parte A y/o Parte B de Medicare) según el caso, recibirán, mediante el pago correspondiente al exfuncionario de que se trate, una subvención equivalente al 100% de su contribución para la participación en la Parte A y/o en la Parte B de Medicare, según corresponda, a reserva de las condiciones establecidas en el Formulario de solicitud de reembolso de las primas de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare «Application for reimbursement of Medicare Part A and/or Part B Premiums» y las directrices conexas.

PAGOS EN EFECTIVO

C.28 Los pagos en efectivo (de los participantes a los prestadores de atención sanitaria) no están permitidos por encima de los US$2000. Las solicitudes de excepciones deben enviarse al oficial del Seguro para su revisión y consideración.

TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR FAMILIARES DIRECTOS

C.29 Los funcionarios y exfuncionarios (o sus familiares sobrevivientes) deben declarar en sus reclamaciones a través de SHI-Online (o, cuando proceda, a través del formulario WHO 339) si los servicios de atención de la salud recibidos han sido prestados por ellos mismos o por un familiar directo (es decir, madre, padre, hermano, hermana, hijo, hija o cónyuge). Los servicios de atención de la salud prestados a los afiliados por ellos mismos o un familiar directo (es decir, madre, padre, hermano, hermana, hijo, hija o cónyuge) no son reembolsables.

[5] La inclusión de la Parte A de Medicare Parte entra en vigor el 1 de febrero de 2019.

PARTE D: LISTA DE AFECCIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

(Contempladas en el cuadro de Prestaciones, bajo el epígrafe B.106.1)

F00-F09 Enfermedades orgánicas, incluidos los trastornos sintomáticos y mentales

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
- F03 Demencia sin especificación
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F05 Delirio no inducido por alcohol y otras sustancias psicótropas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

F20-F29 Esquizofrenia, y trastornos esquizotípicos y de ideas delirantes

- F20 Esquizofrenia
- F21 Trastorno esquizotípico
- F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas
- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación

F31 Trastorno afectivo bipolar

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

F60 Trastornos específicos de la personalidad

F70-F79 Retraso mental

- F70 Retraso mental leve
- F71 Retraso mental moderado
- F72 Retraso mental grave
- F73 Retraso mental profundo

F78 Otros retrasos mentales

F79 Retraso mental sin especificación

F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 Trastornos del desarrollo psicológico sin especificación

F90-98 Trastornos de las emociones y del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F90 Trastornos hipercinéticos

F91 Trastornos disóciales

F92 Trastornos disóciales y de las emociones mixtos

F93 Trastornos emocionales de comienzo habitual en la infancia

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F95 Trastornos de tics

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

PARTE E: CONDICIONES DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

E.1 Para todos los funcionarios (salvo los funcionarios con nombramientos temporales de 60 días o menos y remunerados por día) afiliados al Seguro según estos estatutos, es una condición de empleo en la OMS, que deberán cumplir mientras dure su nombramiento.

E.2 La afiliación durante los periodos de licencia sin sueldo o adscripción es voluntaria. Los funcionarios, sus familiares a cargo y los familiares que cumplan las condiciones exigidas podrán seguir estando cubiertos por el Seguro, siempre y cuando el interesado abone en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones (su parte y la de la Organización) correspondientes a todo el periodo de la licencia sin sueldo o la adscripción.

E.3 Los siguientes familiares a cargo estarán cubiertos por el Seguro:

E.3.1 el cónyuge del funcionario reconocido como familiar a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal;

E.3.2 los hijos reconocidos como familiares a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal;

E.3.3 el padre, la madre, hermano o hermana del funcionario reconocidos como familiares a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal.

E.4 Los cónyuges, hijos o familiares secundarios a cargo de los funcionarios quedarán asegurados a partir de la fecha en que hayan adquirido su condición de personas a cargo hasta la fecha en que dejen de tener esa condición. Los demás familiares que reúnan las condiciones de afiliación, enumerados en el cuadro 1 de estos estatutos, quedarán asegurados a partir de la fecha en que el funcionario interesado así lo solicite, mientras se abonen las cotizaciones previstas, o hasta que el funcionario o exfuncionario interesado solicite la interrupción de la cobertura, o hasta que se dejen de reunir las condiciones de afiliación:

- en caso de divorcio;
- al término del mes en que el hijo cumpla 28 años;
- al pasar el hijo a tener un empleo remunerado;
- en caso de fallecimiento del familiar.

E.4.1 En el caso de los funcionarios del cuadro de servicios generales que trabajan en lugares de destino en los que las condiciones locales de empleo establecidas en virtud del párrafo 1310.3 del Reglamento de Personal no prevean el reconocimiento de un familiar secundario a cargo, el padre, la madre, el hermano o la hermana (pero no más de una de esas personas), siempre que:

- el funcionario demuestre que sufraga más de la mitad de los gastos totales de manutención de esa persona y, en cualquier caso, que la cantidad correspondiente representa al menos el doble de la prestación estándar por un segundo hijo a cargo;
- el cónyuge del funcionario no esté reconocido como cónyuge a cargo;
- el hermano o la hermana reúna las condiciones relativas a la edad y asistencia escolar previstas en el párrafo 310.5.2 del Reglamento de Personal;
- el funcionario solicite la admisión de esa persona al Seguro y abone la cotización requerida.

E.5 Antes de la fecha de separación del servicio, los funcionarios que no reúnan las condiciones para acogerse al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) podrán optar por mantener la cobertura para ellos mismos, así como para los familiares a cargo y otros beneficiarios asegurados, por un periodo no superior a seis meses contados a partir de la fecha de su cese en el servicio. Los funcionarios que se acojan a esta opción deberán abonar en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones correspondientes a todos los familiares asegurados (su parte y la de la Organización).

E.5.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo E.5, cuando un funcionario con un contrato de plazo fijo o continuo tenga un cónyuge que sea funcionario con un contrato temporal en virtud del párrafo 420.4 del Reglamento de Personal, el funcionario con un contrato de plazo fijo o continuo puede optar, antes de la separación del servicio del funcionario con un contrato temporal, por pedir la afiliación de su cónyuge en cuanto cónyuge a cargo o cónyuge no a cargo, según proceda, a partir de la fecha de separación del servicio hasta la fecha efectiva del siguiente contrato del cónyuge con la OMS (si lo hubiere) o la fecha en que el cónyuge deje de reunir las condiciones de afiliación en virtud de los presentes Estatutos, si esta última fecha fuese anterior. Cuando se opte por pedir la afiliación, la contribución para el cónyuge se deducirá del sueldo del funcionario con el contrato de plazo fijo o continuo durante el periodo de afiliación.

E.6 Los funcionarios que cumplan las condiciones previstas para acogerse al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) podrán optar por mantener su afiliación, así como la de los familiares a cargo y otros familiares que reúnan las condiciones exigidas. En ese caso, deberán notificarlo al oficial del Seguro en la Sede antes de la fecha de cese en el servicio. **La suma global requerida a estos efectos se abonará no más tarde de 90 días después de la fecha de separación del servicio.** Con sujeción al pago de la cotización correspondiente, se considerará que la afiliación del funcionario interesado ha seguido sin interrupción desde la fecha de separación del servicio.

E.7 Si, inmediatamente antes de ser contratado por la OMS, un funcionario ha estado empleado por las Naciones Unidas u otro organismo especializado, todo periodo de afiliación al plan de seguro de enfermedad de esa otra organización podrá tomarse en cuenta a los efectos del tiempo de afiliación del funcionario, siempre que en esa organización exista una disposición análoga en virtud de la cual se tenga en cuenta para los funcionarios y los familiares a cargo y otros familiares asegurados de estos el tiempo de afiliación anterior en el Seguro de la OMS.

E.8 Si, con anterioridad a la separación del servicio, un funcionario renuncia a mantener su afiliación y la de sus familiares asegurados según lo previsto en el párrafo E.5 o el párrafo E.6 *supra*, según corresponda, no podrá volver a afiliarse en fecha ulterior.

E.9 Los exfuncionarios podrán renunciar en cualquier momento a su afiliación al Seguro, pero no podrán volver a afiliarse después. El impago de las cotizaciones requeridas durante un periodo de 12 meses entrañará la cancelación de la afiliación, sin posibilidad de readmisión posterior.

E.10 En caso de divorcio, los exfuncionarios afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) podrán optar por mantener afiliado a su excónyuge, siempre y cuando sigan abonando las cotizaciones, presentando las solicitudes de reembolso y recibiendo los reembolsos en nombre del este último.

E.11 El Seguro no cubrirá ningún gasto contraído después de la fecha de cese de la afiliación. No obstante, si un familiar a cargo está recibiendo tratamiento en el momento de alcanzar la edad límite de afiliación, se permitirá el reembolso de los gastos relacionados con ese tratamiento que se produzcan en los 90 días siguientes a la citada fecha.

E.12 También podrán seguir cubiertos por el Seguro el cónyuge y/o los hijos sobrevivientes, así como el padre, la madre o un hermano o hermana sobrevivientes de un funcionario o exfuncionario, tras el fallecimiento de este, siempre y cuando:

- estuvieran asegurados en la fecha de fallecimiento del funcionario o exfuncionario;
- la solicitud de mantener la afiliación se presente en un plazo máximo de 90 días después de haber sido informados por el oficial del Seguro de la posibilidad de seguir afiliados; en caso de no cursar dicha solicitud, o de renunciar a la protección del Seguro, los familiares a cargo y demás familiares que reúnan las condiciones requeridas no podrán volver a afiliarse en una fecha ulterior.

E.13 Todos los exfuncionarios, familiares a cargo y otros familiares que cumplan las condiciones requeridas y estén afiliados al Seguro («familiares afiliados») que reúnan los requisitos para inscribirse en la Parte A[6] y/o en la Parte B de Medicare de los Estados Unidos (Parte A y/o Parte B de Medicare) deben inscribirse en el programa de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare, según el caso. En lo que respecta a los exfuncionarios y familiares afiliados que decidan no inscribirse en la Parte A y/o en la Parte B de Medicare, a partir del 1 de agosto de 2020 los gastos médicos en los EE. UU. de dichas personas se tratarán como si estuvieran inscritas. No se aplicará ninguna sanción con respecto a los gastos médicos en que incurran los exfuncionarios y familiares afiliados que tengan 75 años o más al 1 de enero de 2019.

[6] La inclusión de la Parte A de Medicare entra en vigor el 1 de febrero de 2019.

COTIZACIONES

E.30 Las cotizaciones de los funcionarios se calcularán sobre la base de la cantidad total de su sueldo de base neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición) más el ajuste por lugar de destino, y se deducirán mensualmente de su remuneración.

E.31 Las cotizaciones de los funcionarios contratados a tiempo parcial y de los que estén disfrutando de una licencia especial con sueldo parcial también se basarán en la remuneración correspondiente a un empleo a tiempo completo. Las cotizaciones de los funcionarios con licencia sin sueldo (LSS) se calcularán sobre la base de su último sueldo de base neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición) más el ajuste por lugar de destino.

E.32 Las cotizaciones de los funcionarios que cesen en su empleo tras al menos 20 años de servicio, según las condiciones de afiliación consignadas en el cuadro 2 de la Parte E de estos estatutos, y que opten por seguir afiliados acogiéndose al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) se calcularán como sigue:

E.32.1 hasta la edad de jubilación anticipada, de igual modo que para las licencias sin sueldo;

E.32.2 después de esa fecha, de igual modo que para los exfuncionarios.

E.33 Las cotizaciones de los exfuncionarios afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) y de los familiares de estos que reúnan las condiciones de afiliación se calcularán sobre la base de la pensión completa concedida a cada uno de ellos de conformidad con los Estatutos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas por un periodo mínimo de servicio de 30 años.

E.33.1 Las cotizaciones de los funcionarios que se jubilen tras 30 años o más de servicio se calcularán sobre la base de la pensión completa que perciban;

E.33.2 Las cotizaciones de los funcionarios que se jubilen con menos de 30 años de servicio se calcularán sobre la base de la pensión completa que percibirían tras 30 años de servicio;

E.33.3 Las cotizaciones se deducirán con un mes de antelación de la pensión mensual de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas. Solo se aceptará el pago directo del total anual de las cotizaciones en los casos en que no se perciba una pensión mensual de esta última.

E.34 Las cotizaciones de los exfuncionarios que ya están afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) y que son contratados como funcionarios con nombramiento temporal se calcularán sobre la base de la cantidad total resultante de lo previsto en el párrafo E.33, más el sueldo de base neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición) y el ajuste por lugar de destino.

E.35 Las cotizaciones de los familiares sobrevivientes se calcularán sobre la base del 50% de la pensión completa percibida por el exfuncionario o de la cantidad que se habría concedido al funcionario de conformidad con los Estatutos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas por un periodo mínimo de 30 años. Solo se aceptará el pago directo del total anual de las cotizaciones en los casos en que no se perciba una pensión mensual de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas.

E.36 En función de los resultados financieros del Seguro, las tasas de cotización podrán ser modificadas por decisión del Director General en respuesta a una recomendación del SHI/GOC, previa consulta con el SHI/GSC.

E.37 Si los dos cónyuges son funcionarios con nombramiento de plazo fijo, contribuirán por separado al Seguro en su calidad de funcionarios. El cónyuge que perciba la mayor remuneración efectuará la cotización correspondiente a los hijos.

E.38 Si uno de los cónyuges es funcionario con nombramiento de plazo fijo o nombramiento continuo y el otro, funcionario con nombramiento temporal (según lo previsto en el párrafo 420.4 del Reglamento de Personal), los hijos se seguirán considerando familiares a cargo del funcionario con nombramiento de plazo fijo o nombramiento continuo, aun cuando la remuneración del funcionario con nombramiento temporal sea superior.

CUADROS DE LAS CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Cuadro 1

Condiciones de afiliación y tasas de cotización aplicables a los funcionarios, los familiares a cargo y otros beneficiarios

	Afiliación	Salvo en caso de urgencia médica o accidente, la cantidad máxima cubierta por el Seguro será de US$ 10 000 por año durante los tres primeros años de cobertura	Tasas de cotización	
			Funcionario	OMS
Funcionario	Obligatoria	N/A	2,55%	5,10%
Cónyuge a cargo	Obligatoria	N/A	2,55%	5,10%
Hijo a cargo o no a cargo (0 a 21 años)	Obligatoria	N/A	0,35%	0,70%
Familiar secundario a cargo	Obligatoria	Cláusula aplicable	5,69%	11,38%
Cónyuge no a cargo	Voluntaria	Cláusula aplicable salvo si el cónyuge se afilia al Seguro en los tres meses siguientes a: *i*) la fecha de la contratación o del nombramiento de plazo fijo del funcionario, o *ii*) la fecha del matrimonio, o *iii*) un cambio su situación de dependencia.	2,55%	5,10%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)	Voluntaria	Cláusula aplicable, salvo si el hijo se afilia al Seguro: *i*) en el momento de la contratación del funcionario, o *ii*) en la fecha de su adopción, o bien *iii*) si se produce un cambio en su condición de familiar a cargo.	1,03%	2,06%

Nota importante: La afiliación durante los periodos de licencia sin sueldo o adscripción es voluntaria. Los funcionarios, sus familiares a cargo y los familiares que cumplan las condiciones exigidas podrán seguir estando cubiertos por el Seguro, siempre y cuando el interesado abone en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones de todos los miembros asegurados de la familia (su parte y la de la Organización) correspondientes a todo el periodo de la licencia sin sueldo o la adscripción.

Cuadro 2

Condiciones de afiliación y tasas de cotización previstas para el Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) Funcionarios que se separan del servicio antes de la edad de jubilación anticipada

	Condiciones de afiliación (*a*)	**Suma global requerida (*b*)**	**Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)**	
			Exfuncionario	**OMS**
Funcionario	Deberá haber estado afiliado al SHI* al menos durante 20 años, y tener:	Se aplica la misma cláusula que para las LSS (las cotizaciones del funcionario y de la OMS se calculan sobre la base del último sueldo mensual de base neto del funcionario (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino) desde la fecha de separación del servicio:	2,55%	5,10%
	entre 50 y 55 años en el momento de la separación del servicio, en el caso de los funcionarios que se hayan afiliado a la CCPPNU **antes del 1 de enero de 2014**, o bien	hasta finalizar el mes en que el funcionario cumpla 55 años, o bien		
	entre 53 y 58 años en el momento de la separación del servicio, en el caso de los funcionarios que se hayan afiliado a la CCPPNU **el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha**	hasta finalizar el mes en que el funcionario cumpla 58 años.		
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y cumplir las condiciones previstas para acogerse al ASHI cuando el funcionario alcance la edad de jubilación anticipada (véase el cuadro 3).	Se aplica la misma cláusula que para los funcionarios *supra*.	2,55%	5,10%

	Condiciones de afiliación (*a*)	Suma global requerida (*b*)	Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)	
			Exfuncionario	OMS
Familiar secundario a cargo	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y cumplir las condiciones previstas para acogerse al ASHI cuando el funcionario alcance la edad de jubilación anticipada (véase el cuadro 3).	Se aplica la misma cláusula que para los funcionarios *supra*.	5,69%	11,38%
Hijo a cargo o no a cargo (0 a 21 años)	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario.	Se aplica la misma cláusula que para los funcionarios *supra*.	0,35%	0,70%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario.	Se aplica la misma cláusula que para los funcionarios *supra*.	1,03%	2,06%

***** Salvo en el caso de los funcionarios con nombramientos temporales de 60 días o menos y remunerados por día.

Cuadro 3

Condiciones de afiliación y tasas de cotización previstas para el Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) Funcionarios que se separan del servicio al alcanzar la edad de jubilación anticipada o posteriormente, pero antes de la edad de jubilación obligatoria

	Condiciones de afiliación (*a*)	**Suma global requerida (*b*)**	**Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)**	
			Exfuncionario	**OMS**
Funcionario	Deberá haber estado afiliado al SHI* al menos durante 10 años, 5 de ellos de forma ininterrumpida y tener **55 años o más**, en el caso de los funcionarios afiliados a la CCPPNU **desde antes del 1 de enero de 2014**, o bien **58 años o más**, en el caso de los funcionarios afiliados a la CCPPNU **desde el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha**	No se requiere el abono de ninguna suma global	2,55%	5,10%
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y *i)* haber estado afiliado al SHI al menos durante 10 años, **o bien** *ii*) haber abonado una suma global acorde con lo indicado en la columna *b*).	El **5,06%** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del funcionario al SHI alcance los 10 años.	2,55%	5,10%
Familiar secundario a cargo	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y *i*) haber estado afiliado al SHI al menos durante 10 años, **o bien** *ii*) haber abonado una suma global acorde con lo indicado en la columna *b*).	El **7,11%** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del cónyuge al SHI alcance los 10 años.	5,69%	11,38%

	Condiciones de afiliación (*a*)	Suma global requerida (*b*)	Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)	
			Exfuncionario	OMS
Hijo a cargo o no a cargo (0 a 21 años)	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global	0,35%	0,70%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global	1,03%	2,06%

***** Salvo en el caso de los funcionarios con nombramientos temporales de 60 días o menos y remunerados por día.

Cuadro 4

Condiciones de afiliación y tasas de cotización previstas para el Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI)

Funcionarios que se separan del servicio al alcanzar la edad de jubilación obligatoria

	Condiciones de afiliación (*a*)	**Suma global requerida (*b*)**	**Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)**	
			Exfuncionario	**OMS**
Funcionario **Edad de jubilación obligatoria:** **60 años** en el caso de los funcionarios que se hayan afiliado a la CCPPNU **antes del 1 de enero de 1990** **62 años** en el caso de los funcionarios que se hayan afiliado a la CCPPNU **entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2013** **65 años** en el caso de los funcionarios que se hayan afiliado a la CCPPNU **el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha**	Deberá haber estado afiliado al SHI* al menos durante 10 años, 5 de ellos de forma ininterrumpida; o bien	No se requiere el abono de ninguna suma global	2,55%	5,10%
	Deberá haber estado afiliado al SHI* al menos durante 10 años, 5 de ellos de forma ininterrumpida, y haber abonado una suma global acorde con lo indicado en la columna *b*).	El **9,61 %** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del funcionario al SHI alcance los 10 años.	2,55%	5,10%
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y *i*) haber estado afiliado al SHI al menos durante 10 años, **o bien** *ii*) haber abonado una suma global acorde con lo descrito en la columna *b*).	**En el caso de que el funcionario haya estado afiliado al SHI* al menos durante 10 años:** El **5,06 %** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda) por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del cónyuge al SHI alcance los 10 años.	2,55%	5,10%

	Condiciones de afiliación (*a*)	Suma global requerida (*b*)	Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)	
			Exfuncionario	OMS
		En el caso de que el funcionario haya estado afiliado al SHI* al menos durante 5 años y haya abonado la suma global requerida: El **9,61%** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del cónyuge al SHI alcance los 10 años.	2,55%	5,10%
Familiar secundario a cargo	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y *i*) haber estado afiliado al SHI al menos durante 10 años, **o bien** *ii*) haber abonado una suma global acorde con lo descrito en la columna *b*).	**En el caso de que el funcionario haya estado afiliado al SHI* al menos durante 10 años:** El **7,11%** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del familiar secundario a cargo al SHI alcance los 10 años.	5,69%	11,38%

	Condiciones de afiliación (*a*)	Suma global requerida (*b*)	Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)	
			Exfuncionario	OMS
		En el caso de que el funcionario haya estado afiliado al SHI* al menos durante 5 años y haya abonado la suma global requerida: El **9,61%** del último sueldo anual de base neto, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino (según corresponda), por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del familiar secundario a cargo al SHI alcance los 10 años.	5,69%	11,38%
Hijo a cargo o no a cargo (0 a 21 años)	Deberá estar asegurado en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global.	0,35%	0,70%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)	Deberá estar asegurado en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global.	1,03%	2,06%

***** Salvo en el caso de los funcionarios con nombramientos temporales de 60 días o menos y remunerados por día.

Cuadro 5

Condiciones de afiliación y tasas de cotización previstas para el Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI)
Familiares sobrevivientes de un funcionario o exfuncionario, después del fallecimiento de este

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida	Tasas de cotización	
			Familiar sobreviviente	OMS
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en la fecha de fallecimiento del funcionario o exfuncionario y presentar la solicitud de mantener la afiliación en un plazo máximo de 90 días después de haber sido informado por el oficial del Seguro de la posibilidad de mantener la afiliación.	No se requiere el abono de ninguna suma global	2,55%	5,10%
Hijo a cargo o no a cargo (0 a 21 años)			0,35%	0,70%
Familiar secundario a cargo			5,69%	11,38%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)			1,03%	2,06%

Cuadro 6

Condiciones de afiliación y tasas de cotización previstas para el Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI)
En caso de concesión de una pensión por discapacidad por la CCPPNU

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida	Tasas de cotización (a partir de la fecha de separación del servicio)	
			Exfuncionario	OMS
Funcionario	La CCPPNU deberá haber otorgado a este una pensión por discapacidad.	No se requiere el abono de ninguna suma global	2,55%	5,10%
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en la fecha de separación de servicio del funcionario, y la CCPPNU deberá haber otorgado a este último una pensión por discapacidad.		2,55%	5,10%
Hijo a cargo (0 a 21 años)			0,35%	0,70%
Familiar secundario a cargo			5,69%	11,38%
Hijo no a cargo (18 a 28 años)			1,03%	2,06%

PARTE F: FINANCIAMIENTO

F.1 Los ingresos del Seguro consistirán en:

F.1.1 las cotizaciones de la Organización y los afiliados al primer nivel;

F.1.2 las cotizaciones al segundo nivel, cuando así se requiera para cumplir las disposiciones del párrafo F.3;

F.1.3 cualquier ingreso incidental, incluidas las ganancias generadas por las inversiones.

F.2 El primer nivel de cotización consiste en un conjunto de tasas (véanse los cuadros 1-6: Condiciones de afiliación) aplicables a todos los afiliados al Seguro, tanto a los funcionarios en activo como a los exfuncionarios, independientemente de su lugar de destino o de residencia. Dos tercios de las cotizaciones de primer nivel son financiados por la Organización y un tercio, por los afiliados.

F.3 Se exigirá que una región,[7] o cualquier otra oficina administrada por la OMS,[8] agregue un segundo nivel de cotización al Seguro a lo largo del año siguiente a cualquier año civil en el que los reembolsos a sus funcionarios totalicen más del 75% de las cotizaciones hechas al primer nivel por los interesados y la Organización. La cantidad en que esos reembolsos superen el límite máximo del 75% representará el déficit regional, y esa cantidad es la que el Seguro debe recuperar por medio del segundo nivel de cotización.

F.4 Durante el primer año en que se necesite un segundo nivel, el costo correspondiente será sufragado por la Organización en la región de que se trate, siempre y cuando el déficit regional no sea superior al 10% de las cotizaciones hechas por los funcionarios y la Organización al primer nivel, o a US$ 50 000, si esta cantidad es menor. Si el déficit regional supera una de esas cantidades o si se registra un déficit regional durante dos o más años consecutivos, el segundo nivel deberá ser financiado a razón de dos tercios por la Organización y un tercio por los afiliados de la región de que se trate, con excepción de los exfuncionarios afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI), los familiares a cargo sobrevivientes y los funcionarios con nombramientos temporales.

F.5 En caso de haber un déficit regional que exija el financiamiento de un segundo nivel conjuntamente por la Organización y los afiliados, las tasas de cotización al segundo nivel deberán fijarse de tal forma que arrojen una cantidad equivalente al déficit regional del año anterior. Estas tasas guardarán entre sí la misma relación que las establecidas en los cuadros 1-6 de estos estatutos, que recogen las condiciones de afiliación.

F.6 En aplicación del párrafo 25 del Manual de la OMS sobre las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal se considera un fondo de depósito de la OMS, al cual:

F.6.1 se abonan las cotizaciones mensuales de los afiliados y la Organización;

F.6.2 se abonan los ingresos incidentales, incluidos los intereses devengados;

F.6.3 se cargan todas las prestaciones pagadas por el Seguro;

F.6.4 se cargan los gastos en que incurra el Comité Médico de Revisión en virtud de lo dispuesto en el párrafo H.3;

[7] Por «región» se entiende cualquiera de los lugares siguientes: Sede, AFRO, EMRO, EURO, OPS SEARO y WPRO.

[8] Otras oficinas administradas por la OMS: CICE, CIIC, ONUSIDA Y UNITAID.

F.6.5 se carga cualquier gasto administrativo, hasta un máximo equivalente al 6% del total de las cotizaciones recaudadas.

El Seguro preparará anualmente un juego completo de estados financieros comprobados en cumplimiento de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público.

F.7 El SHI/GOC podrá recomendar al Director General que establezca los contratos de reaseguro que estime necesarios en beneficio del Seguro.

F.8 En el fondo de depósito se mantendrá una reserva igual a:

F.8.1 una cantidad correspondiente a un tercio de los reembolsos del año anterior, para pagar las solicitudes de reembolso pendientes, en caso de que hubiera que liquidar el Seguro; más

F.8.2 la cantidad que el SHI/GOC estime que se requiere, sobre la base de las proyecciones actuariales, para sufragar la diferencia entre los gastos que se calcula que entrañarán las prestaciones de los exfuncionarios afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) según estos estatutos y las cotizaciones recibidas con respecto a esas personas;

F.8.3 la cantidad que el SHI/GOC estime que se requiere, sobre la base de las proyecciones actuariales, para sufragar la diferencia entre los gastos que se calcula que entrañarán las prestaciones de los futuros exfuncionarios afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI) según estos estatutos y las cotizaciones recibidas con respecto a esas personas;

F.8.4 el 25% de las cotizaciones de primer nivel efectuadas por los funcionarios y la Organización en cada región para cumplir lo dispuesto en el párrafo F.8.2 y, subsiguientemente, en el párrafo F.8.3;

F.8.5 las contribuciones adicionales aportadas por las entidades participantes en nombre de sus funcionarios para cumplir lo dispuesto en el párrafo F.8.2 y, subsiguientemente, en el párrafo F.8.3, sobre la base de las proyecciones actuariales, con los ajustes anuales que correspondan, previa consulta del SHI/GOC.

F.9 El oficial del Seguro en la Sede preparará informes trimestrales de ingresos y gastos y un análisis anual de los gastos, que servirán de base al SHI/GOC para la gestión del Seguro.

PARTE G: GOBERNANZA Y REGLAMENTO INTERIOR

COMITÉ DE SUPERVISIÓN MUNDIAL (SHI/GOC)

G.1 Existe un SHI/GOC cuyo cometido consiste en supervisar el Seguro de Enfermedad del Personal y asesorar al Director General sobre la gestión y las operaciones del mismo. En particular, el SHI/GOC se encarga de:

G.1.1 examinar las operaciones y la situación financiera del Seguro, incluidos los niveles de las prestaciones y las cotizaciones y su compatibilidad con los Estatutos y principios orientadores;

G.1.2 examinar la estabilidad financiera y verificar la suficiencia de la reserva financiera del Seguro;

G.1.3 considerar todas las solicitudes recibidas del SHI/GSC en relación con el Seguro;

G.1.4 examinar el informe anual y el desempeño general del SHI/GSC;

G.1.5 organizar estudios actuariales periódicos y aprobar los supuestos subyacentes, examinar los informes actuariales y recomendar al Director General cualquier cambio que sea necesario introducir en el Seguro, previa consulta con el SHI/GSC;

G.1.6 examinar el informe del Comisario de Cuentas y recomendar la adopción de las medidas adecuadas en relación con cualquiera de sus recomendaciones;

G.1.7 examinar los informes de auditoría interna que se le presenten y recomendar la adopción de las medidas adecuadas respecto de la aplicación de cualquier recomendación relativa al Seguro;

G.1.8 sobre la base del asesoramiento del Comité Asesor de Inversiones, revisar la estrategia de inversiones del Seguro y evaluar su desempeño anualmente;

G.1.9 examinar la puesta en práctica de las recomendaciones de los informes de auditoría interna y externa que se le presenten sobre las cuentas del Seguro;

G.1.10 proporcionar información al Comité Asesor de Inversiones para ayudarlo a examinar las inversiones del Seguro;

G.1.11 examinar la dirección y gestión del Seguro por parte de la Secretaría de la OMS y garantizar que sean adecuadas, y evaluar su desempeño anualmente;

G.1.12 mantenerse informado acerca de las mejores prácticas de planes de seguro de enfermedad comparables;

G.1.13 en consulta con los directores regionales de administración y finanzas, recomendar la aplicación de medidas para garantizar un examen eficaz y metódico de las solicitudes de reembolso, una buena auditoría interna y la prevención del fraude;

G.1.14 asesorar al Director General sobre la aplicación de medidas para contener los costos;

G.1.15 presentar un informe anual sobre las operaciones, la administración y las cuentas del Seguro de Enfermedad al Director General y todos los comités de personal y hacer un resumen accesible a todos los afiliados;

G.1.16 proponer modificaciones de los Estatutos del Seguro de Enfermedad y someterlas a la decisión del Director General;

G.1.17 examinar los objetivos y establecer principios orientadores y un modelo de evaluación e indicadores para valorar el desempeño del SHI/GOC y el SHI/GSC.

G.2 El SHI/GOC estará integrado por:

G.2.1 el Subdirector General de Operaciones Institucionales (Presidente *ex officio*); el Contralor (*ex officio*, sin derecho a voto) (Presidente suplente);

G.2.2 siete miembros de la Sede y las regiones (un miembro de la Sede y un miembro de cada región) designados por el Director General (los miembros de las regiones serán designados en consulta con los Directores Regionales de las oficinas regionales respectivas);

G.2.3 cinco miembros designados por los comités de personal de la Sede y las oficinas regionales (con un máximo de un miembro por Sede/región) que rotarán cada dos años;

G.2.4 dos miembros elegidos por los exfuncionarios que estén afiliados al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio (ASHI).

G.3 Los miembros del Comité, con excepción del Subdirector General de Operaciones Institucionales y el Contralor, desempeñarán un mandato renovable de dos años renovable, salvo los miembros elegidos por los exfuncionarios (véase el apartado G.2.4), cuyo mandato será de cuatro años. Los miembros del SHI/GOC no podrán formar parte al mismo tiempo del SHI/GSC, del Comité Médico de Revisión del SHI o del Subcomité del SHI/GSC.

G.4 El SHI/GOC recibirá orientación de:

G.4.1 asesores externos (normalmente tres), designados por el Director General;

G.4.2 un oficial jurídico de la Oficina del Asesor Jurídico de la OMS.

G.5 Los observadores del SHI/GOC serán:

G.5.1 el Presidente del SHI/GSC;

G.5.2 un representante del CIIC designado por el Director del CIIC;

G.5.3 un representante del ONUSIDA designado por el Director Ejecutivo de dicho organismo.

G.6 Por invitación del Presidente, el Director de Salud y Bienestar del Personal, el Director de Recursos Humanos y Talento, el Director de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, y/o el Director de Gestión y Tecnologías de la Información pueden asistir a las reuniones del SHI/GOC para proporcionar información y asesoramiento en sus respectivas áreas de especialización.

G.7 Los asesores externos del SHI/GOC, que deberán tener amplia experiencia en planes de seguro de enfermedad (en particular de mutuas), serán nombrados por el Director General. Los asesores externos no podrán estar empleados por la OMS ni estar o haber estado afiliados al Seguro. Los asesores externos no percibirán remuneración por asistir a las reuniones del SHI/GOC, pero tendrán derecho al reembolso de los gastos de viaje y otros gastos en que incurran para asistir a dichas reuniones conforme a lo estipulado en la política correspondiente de la OMS.

G.8 El Director General designará a un oficial del Seguro en la Sede para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.

G.9 El SHI/GOC funcionará de conformidad con el reglamento interior que figura *infra* y se reunirá normalmente dos veces al año. Para cumplir con sus responsabilidades, el SHI/GOC podrá recabar el asesoramiento médico, técnico y actuarial que estime necesario de cualquier fuente. Ahora bien, si la consulta pudiera dar lugar a un compromiso financiero, se deberá obtener antes el visto bueno de los funcionarios competentes, de conformidad con las políticas de la OMS.

COMITÉ PERMANENTE MUNDIAL (SHI/GSC)

SHI/GSC

G.10 Existe un SHI/GSC cuyo cometido es decidir sobre los casos que le sean sometidos de conformidad con los Estatutos del Seguro y recomendar al SHI/GOC cualquier modificación propuesta de los Estatutos y las prácticas del Seguro. En particular, el SHI/GSC se encarga de:

G.10.1 aplicar los Estatutos y adoptar decisiones sobre los casos que se le sometan;

G.10.2 obtener la información médica o técnica necesaria, de cualquier fuente, para determinar si la atención proporcionada en un caso concreto está reconocida y si los gastos son excesivos; ahora bien, si la obtención de esa información pudiera dar lugar a un compromiso financiero, se deberá obtener antes el visto bueno del oficial competente de la Secretaría, de conformidad con la delegación de autoridad del Director General;

G.10.3 proponer al SHI/GOC las modificaciones de los Estatutos o las prácticas del Seguro que, a la luz de la experiencia, estime aconsejables;

G.10.4 presentar un informe anual al SHI/GOC en el que se analicen los resultados de la labor y los gastos operacionales del SHI/GSC, los posibles cambios en las prestaciones, las tendencias en los casos examinados y las oportunidades que pudieran existir de contener costos;

G.10.5 proporcionar a los oficiales del Seguro directrices e instrumentos que les sirvan de apoyo.

G.11 El SHI/GSC estará integrado por:

G.11.1 nueve miembros titulares y nueve suplentes que representarán a la administración, incluidos:

a) dos miembros titulares y dos suplentes de la Sede designados por el Director General;
b) seis miembros titulares y seis suplentes de las oficinas regionales designados por el Director General en consulta con los directores regionales;
c) un miembro titular y un suplente designado por la Administración del ONUSIDA.

G.11.2 nueve miembros titulares y nueve suplentes en representación de los afiliados, como sigue:

a) siete miembros titulares y siete suplentes designados por los comités de personal de la Sede y las oficinas regionales (dos de la Sede, cuatro de las regiones y uno del ONUSIDA);
b) dos miembros titulares y dos suplentes elegidos por los exfuncionarios que están afiliados al Seguro, de conformidad con lo estipulado en los cuadros 2 y 3 de la Parte E de estos estatutos.

G.12 Los miembros titulares y los miembros suplentes designados por el Director General reflejarán, en la medida de lo posible, un equilibrio de conocimientos especializados en medicina, finanzas, recursos humanos y financiamiento de la atención de salud. Sería aconsejable que los demás miembros tuviesen un perfil similar. El miembro suplente ocupará el lugar del miembro titular cuando este no pueda asistir a una reunión. Los miembros titulares y sus suplentes desempeñarán un mandato de dos años, salvo los miembros elegidos por los exfuncionarios (véase el apartado G.10.2.*b*), cuyo mandato será de cuatro años. Solo los miembros titulares o, en su ausencia, sus suplentes, podrán votar. Los miembros del SHI/GSC y sus suplentes no podrán formar parte al mismo tiempo del SHI/GOC.

G.13 El SHI/GSC recibirá orientación de:

G.13.1 un asesor médico, designado por el Director General por recomendación del SHI/GOC;

G.13.2 un oficial jurídico de la Oficina del Asesor Jurídico.

G.14 El Director General designará a un oficial del Seguro para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.

G.15 Se establecerá un SHI/GSC Provisional que se ocupará de las cuestiones urgentes cuando el SHI/GSC propiamente dicho no esté sesionando. El SHI/GSC Provisional estará integrado por cuatro miembros titulares (y cuatro miembros suplentes) de los dos grupos que representan, respectivamente, a la administración y a los afiliados. El SHI/GSC Provisional contará entre sus miembros con el Presidente del SHI/GSC (así como con el Presidente suplente de dicho órgano), que lo presidirá. Los demás miembros (y miembros suplentes) serán elegidos por el SHI/GSC del Seguro de entre los integrantes de este, para un mandato de dos años. Para formar quórum en el SHI/GSC Provisional, se requiere la presencia (en persona o por videoconferencia) del Presidente (o Presidente suplente, en sustitución del Presidente) y de otros dos miembros titulares (o miembros suplentes, en sustitución de los miembros titulares) con derecho a voto. En la medida de lo posible, el SHI/GSC Provisional observará el reglamento interior establecido para el SHI/GSC, si bien estará facultado para adoptar las directrices de funcionamiento adicionales que estime necesarias para cumplir su labor. El oficial de la Secretaría y los asesores no participarán en la toma de decisiones ni tendrán derecho a voto. Todas las decisiones del SHI/GSC Provisional serán notificadas al SHI/GSC en su siguiente reunión.

G.16 El SHI/GSC funcionará de conformidad con el reglamento interior que figura *infra*.

REGLAMENTO INTERIOR

Comité de Supervisión Mundial (SHI/GOC)

Presidente y Presidente suplente

G.20 El Subdirector General de Administración General será el Presidente del SHI/GOC. El Contralor será su suplente.

Funcionamiento del SHI/GOC

G.21 Para formar quórum en el Comité, se requiere la presencia (en persona o por videoconferencia) de nueve miembros titulares con derecho a voto, cuatro de los siete miembros designados por el Director General con arreglo al párrafo G.2.2 *supra*, y cuatro de los siete miembros designados/elegidos con arreglo a los párrafos G.2.3 y G.2.4 *supra* y el Presidente (o el presidente suplente cuando actúe en calidad de Presidente).

G.22 La Secretaría facilitará a los miembros antes de cada reunión una propuesta de orden del día, junto con la documentación de base pertinente.

G.23 El Comité adoptará sus recomendaciones por consenso siempre que sea posible. En caso de que no se pueda lograr el consenso, las opiniones minoritarias se harán constar en el informe. Los funcionarios de la Secretaría, los asesores y el Contralor (cuando esté presente en las reuniones pero sin ejercer las funciones de Presidente) no participarán en la toma de decisiones ni en ninguna votación.

G.24 En caso de que se adopte una decisión contraria a una recomendación formulada por un asesor del Comité, la recomendación divergente se documentará y recogerá en el acta de la reunión.

Reuniones del SHI/GOC

G.25 El SHI/GOC se reunirá al menos dos veces al año, en persona o por teleconferencia o videoconferencia. Por lo general, una de estas dos reuniones se programará para el 31 de marzo, o una fecha cercana, con objeto de examinar el proyecto de informe anual del Seguro de Enfermedad del Personal correspondiente al año anterior. Las reuniones del Comité serán convocadas por la Secretaría.

G.26 Las reuniones del Comité se celebrarán a puerta cerrada. Los expedientes y toda la correspondencia del Comité tendrán carácter privado y se mantendrán bajo la custodia de su Secretario.

G.27 No obstante lo dispuesto en los párrafos G.21 a G.26, en casos excepcionales, el Presidente podrá, si lo considera necesario y por conducto de la Secretaría, remitir propuestas por correo electrónico para que los miembros con derecho a voto las aprueben en un plazo de tiempo determinado. Si algún miembro con derecho a voto se opone a la adopción de cualquiera de esas propuestas en el plazo establecido, esa propuesta se considerará como no adoptada por el SHI/GOC y, si el Presidente lo considera oportuno, se remitirá a una reunión del SHI/GOC que se celebrará de modo virtual o presencial con arreglo a los párrafos anteriores para su consideración, tras lo cual se distribuirá por correo electrónico una versión revisada. Si los miembros con derecho a voto no presentan ninguna reserva por correo electrónico en el plazo establecido, la propuesta será considerada como válidamente adoptada por el SHI/GOC. El Presidente, a través de la Secretaría, informará al respecto a los miembros del SHI/GOC, y la fecha de esa comunicación se considerará como la fecha de la adopción de la propuesta.

Secretaría

G.28 Las actas de las reuniones del Comité serán preparadas por la Secretaría, en inglés. Se distribuirá con la mayor brevedad posible un borrador inicial a todos los miembros y asesores del Comité, quienes harán llegar sus observaciones y propuestas de adición o modificación a la Secretaría en las dos semanas siguientes a la recepción del borrador. La Secretaría tendrá en

cuenta esas observaciones y propuestas de adición o modificación en la preparación de la versión final de las actas, que será examinada y firmada por el Presidente en nombre del Comité.

G.29 La Secretaría remitirá las actas finales aprobadas de las reuniones del Comité, incluidas todas las recomendaciones en ellas adoptadas, al Director General, destacando cualquier asunto de interés y, en su caso, las medidas propuestas al respecto. Ese resumen se le hará llegar en cuanto sea posible, generalmente en el mes siguiente a la celebración de la reunión del Comité.

Consideraciones generales

G.30 Este reglamento interior solo podrá ser modificado por decisión del Director General. No obstante, con sujeción a lo dispuesto en los presentes estatutos, el Comité adoptará las directrices operativas que estime necesarias para desempeñar su labor.

SHI/GSC

Presidente, Presidente suplente y miembros del Comité

G.31 El Director General designará un Presidente y un Presidente suplente de entre los integrantes del SHI/GSC, de acuerdo con lo recomendado por los otros miembros del Comité.

G.32 En la medida de lo posible, el Presidente y el Presidente suplente provendrán de grupos diferentes.

G.33 El mandato del Presidente y del Presidente suplente normalmente tendrá una duración de dos años.

Funcionamiento del SHI/GSC

G.34 Para formar quórum en el Comité, se requiere la presencia (en persona o por teleconferencia o videoconferencia) de siete miembros, al menos dos de cada grupo, y del Presidente o el Presidente suplente.

G.35 La Secretaría facilitará a los miembros antes de cada reunión una propuesta de orden del día, junto con la documentación de base pertinente.

G.36 El Comité adoptará sus recomendaciones por consenso siempre que sea posible. En caso de que no se pueda lograr el consenso, se procederá a una votación, con sujeción a lo que sigue:

G.36.1 toda decisión relativa a una recomendación será adoptada por mayoría de los miembros presentes y votantes[9] que asistan a la reunión;

G.36.2 solo podrán votar los miembros titulares o, en sustitución de estos, sus respectivos suplentes;

G.36.3 el Presidente emitirá su voto solo en caso de empate.

G.37 Los funcionarios de la Secretaría y los asesores no participarán en la toma de las decisiones ni en ninguna votación.

G.38 En caso de que no pueda lograrse el consenso, las opiniones minoritarias se harán constar en el acta de la reunión. Además, en caso de adoptarse una decisión que sea contraria a una recomendación formulada por un asesor del Comité, la recomendación divergente se documentará y recogerá en el acta de la reunión.

[9] Por «miembros presentes y votantes» se entiende los miembros que hayan emitido un voto a favor o en contra.

Reuniones del SHI/GSC

G.39 El SHI/GSC se reunirá al menos cuatro veces al año, en persona o por teleconferencia o videoconferencia. Las reuniones del Comité serán convocadas por la Secretaría.

G.40 Las reuniones del Comité se celebrarán a puerta cerrada, y los expedientes y toda la correspondencia del Comité se mantendrán bajo la custodia de su Secretario.

Secretaría

G.41 Las actas de las reuniones del Comité serán preparadas por la Secretaría, en inglés. Se distribuirá con la mayor brevedad posible un borrador inicial a todos los miembros y asesores del Comité, quienes harán llegar sus observaciones y propuestas de adición o modificación a la Secretaría en las dos semanas siguientes a la recepción del borrador. La Secretaría tendrá en cuenta esas observaciones y propuestas de adición o modificación en la preparación de la versión final de las actas, que será examinada y firmada por el Presidente en nombre del Comité.

G.42 Se remitirán a la Secretaría del SHI/GOC las actas finales aprobadas de las reuniones del Comité, incluidas todas las recomendaciones en ellas adoptadas, destacándose las decisiones adoptadas y el asesoramiento proporcionado. Ese resumen se le hará llegar en cuanto sea posible, generalmente en el mes siguiente a la celebración de la reunión del Comité.

PARTE H: APELACIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

APELACIONES

H.1 Se ha establecido en la Sede un Comité Médico de Revisión cuyo cometido es recibir y examinar las reclamaciones de los funcionarios y exfuncionarios o de los cónyuges o personas a cargo sobrevivientes que consideren que sus solicitudes de reembolso no se han liquidado de conformidad con los presentes estatutos en lo que respecta a los aspectos médicos. Esas reclamaciones deberán haber sido examinadas primero por el oficial del Seguro en la Sede o el oficial del Seguro en la oficina regional que corresponda, y el SHI/GSC deberá haber adoptado una decisión sobre la interpretación de estos estatutos. El Comité Médico de Revisión informará de la cuestión al Director General, que será quien adopte la decisión definitiva. No obstante, un funcionario o exfuncionario o un cónyuge o familiar a cargo sobreviviente podrá impugnar la decisión del Director General ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto del Tribunal.

H.2 El Comité Médico de Revisión estará integrado por un miembro titular y un suplente designados por el Director General, un miembro titular y un suplente nombrados por el Comité de Personal de la Sede y un Presidente y un Presidente suplente designados por el Director General por recomendación de los demás miembros del Comité. Todos los miembros deberán ser médicos, y el miembro titular y el suplente que designe el Director General deberán haber trabajado en una oficina regional o en un proyecto sobre el terreno. El mandato de los miembros del Comité será de dos años. El Director General designará a un oficial del Seguro para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.

H.3 El Comité Médico de Revisión establecerá su propio reglamento interior y podrá recabar el asesoramiento que necesite de cualquier fuente. Los gastos que ocasionen las consultas del Comité correrán a cargo del Seguro.

H.4 Las reclamaciones que se presenten al Comité Médico de Revisión deberán dirigirse por escrito al Presidente del Comité Médico de Revisión, por conducto del oficial del Seguro en la sede de la Organización (Ginebra), en un sobre con la indicación «Confidencial». Las reclamaciones deberán presentarse en un plazo de tres meses a partir de la fecha de notificación de la decisión impugnada del SHI/GSC, e ir acompañadas de cualquier prueba pertinente. El reclamante también deberá informar al oficial del Seguro (oficial de presupuesto y finanzas a nivel regional) de que ha presentado una reclamación.

H.5 Las reclamaciones de índole administrativa relacionadas con decisiones del SHI/GSC sobre la liquidación de una solicitud de reembolso podrán ser remitidas al Director General en un plazo máximo de 60 días a partir de la fecha de notificación. En tales casos, el SHI/GSC deberá haber dado su opinión sobre la interpretación de estos estatutos. La decisión del Director General será definitiva. No obstante, un funcionario o exfuncionario o un cónyuge o familiar a cargo sobreviviente podrá impugnar la decisión del Director General ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto del Tribunal.

FRAUDE E INFRACCIÓN DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO

H.6 Todos los casos de fraude confirmado o de intento o sospecha de fraude contra los fondos del Seguro se tratarán de conformidad con el procedimiento relativo a la denuncia y el seguimiento de casos de fraude y pérdidas de efectivo o bienes establecido en la disposición pertinente del manual electrónico (eManual) y pueden conllevar medidas disciplinarias y la recuperación de cualquier deuda con el Seguro, además de cualquier otra acción conforme al Reglamento y las políticas del personal de la OMS y los presentes Estatutos.

H.7 Si se confirma que ha habido fraude o un intento de fraude, el cotizante en cuestión quedará excluido de la afiliación al Seguro. Sus familiares a cargo y otros familiares que cumplan las condiciones requeridas y que estén afiliados al Seguro («familiares afiliados») también quedarán excluidos automáticamente. La exclusión se hará efectiva a partir de la fecha de su notificación al cotizante en cuestión o, en el caso de los funcionarios en activo que sean destituidos o destituidos sumariamente por una falta de conducta, a partir de la fecha efectiva de la destitución o destitución sumaria del funcionario en cuestión.

H.7.1 En el caso excepcional en el que se confirme que ha habido fraude o intento de fraude pero que el funcionario en activo en cuestión no sea destituido o destituido sumariamente por una falta de conducta, la exclusión automática de la afiliación al Seguro no se aplicará.

H.7.2 Si se confirma que ha habido fraude o un intento de fraude por parte de un familiar afiliado al Seguro, dicho familiar quedará excluido de la afiliación al Seguro, independientemente de si el cotizante ha sido excluido o no. La exclusión se hará efectiva a partir de la fecha de su notificación al cotizante.

H.8 Cualquier apelación de una decisión a que se hace referencia en los párrafos H.7 y H.7.2 deberá ser presentada por escrito por el cotizante al SHI/GSC en un plazo de dos meses a partir de la fecha de notificación de la decisión. El SHI/GSC informará al Director General, quien tomará la decisión final. El cotizante en cuestión podrá someter la decisión del Director General al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con las disposiciones del Estatuto del Tribunal.

EMBARGO DE LOS REEMBOLSOS

H.9 Las prestaciones pagaderas a los afiliados o a las personas a su cargo por concepto de solicitudes de reembolso presentadas al Seguro no podrán retenerse para fines de liquidación, total o parcial, de sumas adeudadas a la Organización.

DISOLUCIÓN

H.10 [Suprimido]

H.11 Las propuestas de cancelación del Seguro deberán ser aprobadas primero por el SHI/GOC, previa consulta con el SHI/GSC, y remitirse al Director General para que este las refrende; a continuación serán sometidas a referéndum entre todo el personal de la Organización.

H.12 Si se decide cancelar el Seguro, el SHI/GOC deberá, en primer lugar, adoptar las medidas necesarias para salvaguardar el derecho de los exfuncionarios a conservar su cobertura, lo que incluye la transferencia de los fondos de reserva constituidos a tal fin. Seguidamente, el Comité presentará al Director General y al personal propuestas para la liquidación de los activos restantes, teniendo especialmente en cuenta los derechos de los funcionarios con más años de afiliación.

****

Created by WHO/Graphics

Organización
Mundial de la Salud