

MANUAL DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS



Personal Activo y Jubilados | INTERNACIONAL

NOVIEMBRE 2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PERSONAL ACTIVO Y JUBILADO	1
ACERCA DE ESTE MANUAL	4
SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS	5
1.1 Resumen de sus Beneficios	6
1.2 Nuevo en el Programa	7
1.3 Primas	7
1.4 Equipo de Bienestar y Beneficios de Salud del Empleado (EW&HB)	7
1.5 Contactar al Gupo BID sobre una Enfermedad o Lesión de Origen Laboral	8
1.6 Administración de Planes	8
1.7 Elegibilidad y Cobertura	11
1.8 Aplicación Móvil del Grupo BID	11
SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO	12
2.1 Plan Médico General.....	13
2.2 Cuadro de Servicios Médicos Cubiertos.....	15
2.3 Servicios Médicos Cubiertos	21
2.4 Servicios Médicos No Cubiertos	23
2.5 Garantía de Pagos (GOP).....	24
2.6 Gestión de Casos	25
2.7 Descripción General de Medicare	25
SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS	33
3.1 Cómo Funciona el Plan de Medicamentos Recetados en EE.UU. o Puerto Rico	34
3.2 Compra de Medicamentos por Correo/a Domicilio	34
3.3 Cobertura de Medicamentos Recetados	35
3.4 Servicios No Cubiertos	36
3.5 Programas Especiales	37
SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN	37
4.1 Cómo Funciona el Plan para el Cuidado de la Visión	38
4.2 Frecuencia de sus Beneficios.....	38
4.3 Cuadro de Beneficios del Plan de Visión	39

SECCIÓN 5. PLAN DENTAL	40
5.1 Cómo Funciona el Plan Dental	41
5.2 Cuadro de Servicios Dentales Cubiertos	41
5.3 Beneficios Máximos.....	42
5.4 Pre-Determinación de Beneficios	42
5.5 Cobertura de Daños por Accidente.....	43
5.6 Cuando Comienza el Tratamiento	43
5.7 Gastos No Cubiertos	43
SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO	44
6.1 Reclamos Médicos, Dentales y de Visión.....	45
6.2 Reclamos de Medicamentos Recetados.....	45
6.3 Plazo para la Presentación de Reclamos en un Año Calendario.....	46
6.4 Explicación de Beneficios (EOB)/Nota de Liquidación (SN)	46
6.5 Provisiones Especiales.....	46
SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES	48
7.1 Servicios No Cubiertos por el Programa	49
7.2 Cobertura del Seguro Médico vs Cobertura para Automóviles	49
7.3 Subrogación	49
7.4 Coordinación de Beneficios.....	50
SECCIÓN 8. FALSIFICACIÓN, RECLAMOS FRAUDULENTOS, Y RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO	53
8.1. Falsificación y Reclamos Fraudulentos	54
8.2. Recuperación de Pagos en Exceso	54
SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS	55
APÉNDICE: NORMAS	59
PE-375 Programa de Seguro Médico	60
PE-375 Anexo 1 Criterios de Concesión de Beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados.....	70
PE-375 Anexo 2 Programa de Seguro Médico de Jubilados.....	78


ACERCA DE ESTE MANUAL

Este manual contiene información sobre el Programa de Beneficios Médicos del Banco Interamericano de Desarrollo (“Grupo BID”)¹.

El programa incluye planes de cobertura para:

- Servicios Médicos
- Medicamentos Recetados
- Cuidado de la Visión
- Servicios Dentales

Este manual explica cada uno de estos planes, sección por sección. En él se destaca lo que está cubierto y cómo funcionan sus beneficios. También proporciona información útil sobre a quién dirigirse si necesita ayuda. Los beneficios se otorgarán de acuerdo con las disposiciones de los diferentes planes que conforman el programa de beneficios médicos.

Los cuadros de información, marcados con el símbolo:  resaltan información clave acerca de un tema.

Un glosario de términos se encuentra al final del manual para su referencia.

Todos los montos presentados en este manual son en dólares estadounidenses.

¹Este manual aplica al Banco Interamericano de Desarrollo, BID Invest y BID Lab, que colectivamente se denominan Grupo BID.

SECCIÓN 1

SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS

1.1 RESUMEN DE SUS BENEFICIOS

Cada uno de los planes incluidos en el Programa de Beneficios Médicos ofrece una amplia cobertura diseñada para proteger a usted y a su familia.

El cuadro a continuación ofrece un resumen de los planes. Mas adelante encontrará más detalles acerca de cada plan en secciones dedicadas a los mismos de este manual.

Tipo de Plan	Beneficios
Médico	<p>Plan de Salud de Indemnidad. Los miembros que residen en los EE. UU. o Puerto Rico tienen acceso a los beneficios dentro de la red a través de la amplia red de proveedores preferidos de Cigna Healthcare, y también pueden optar por usar proveedores fuera de la red sin necesidad de ser referidos. Los miembros que residen fuera de los EE. UU. o Puerto Rico tienen acceso a la amplia red de proveedores de Cigna Global y también pueden elegir proveedores fuera de la red; cuando reciben servicios en los EE. UU., los miembros en el extranjero tienen acceso a la red de Cigna Healthcare; sin embargo, los reclamos se manejan a través de Cigna Global.</p> <p>Cubre las visitas al consultorio del médico, atención de emergencia, hospitalización, atención preventiva, y muchos otros servicios.</p>
Medicamentos recetados	Cubre medicamentos recetados en todo el mundo.
Cuidado de la Visión	Cubre una parte de los gastos de exámenes de la visión, marcos y lentes prescritos, y lentes de contacto prescritos.
Dental	Cubre una parte del costo de la atención preventiva, diagnóstico y atención de restauración básica y de mayor envergadura. Provee también beneficios para ortodoncia.

1.2 NUEVO EN EL PROGRAMA

Durante los primeros 30 días de cobertura, si usted incurre en gastos médicos elegibles, deberá pagar en el momento de la prestación del servicio y presentar sus reclamos posteriormente. Durante este período, también está prevista la llegada de su tarjeta de identificación.

Si usted necesita apoyo para encontrar un proveedor médico, por favor diríjase al administrador del plan.

Los administradores del programa son empresas externas contratadas por el Grupo BID para procesar reclamos, proporcionar proveedores de su red y brindar otros servicios para los diferentes planes. Actualmente, si vive en los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Healthcare administra sus servicios médicos, dentales y de visión y Express Scripts administra los servicios de medicamentos recetados. Si vive fuera de EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Global administra sus servicios médicos, dentales, oftalmológicos y de medicamentos recetados.

1.3 PRIMAS

El Banco establece y publica periódicamente los montos de las primas a pagar por los participantes.

1.4 EQUIPO DE BIENESTAR Y BENEFICIOS DE SALUD DEL EMPLEADO (EW&HB)²

El equipo de EW&HB de la División de Compensación, Beneficios y Servicios de Recursos Humanos, del Departamento de Recursos Humanos (HRD), apoya al Grupo BID en la provisión de coberturas para atención médica, atención dental, medicamentos recetados,

cuidado de la visión, seguro de vida y seguro por muerte y mutilación accidental (AD&D, acrónimo en inglés), así como beneficios por discapacidad a largo plazo (LTD, acrónimo en inglés), para los miembros de sus planes.

El equipo de EW&HB gestiona la relación con los administradores del programa que brindan servicios asociados con los beneficios de salud, y con la aseguradora que brinda las pólizas de seguro de vida, accidente, muerte y desmembramiento (AD&D), así como los beneficios por discapacidad a largo plazo (LTD).

Usted puede comunicarse con el equipo de EW&HB para solicitar información sobre como someter una apelación por un reclamo o procedimiento de salud denegado, nominar proveedores para que sean añadidos a una de las redes de proveedores de los administradores, o para cualquier otra pregunta acerca de sus beneficios de salud.

Sitios Web y E-mail

[http://HRD/\(sólo Intranet\)](http://HRD/(sólo Intranet))

HRD/INS@iadb.org

www.iadb.org/retirees

Teléfono

1-202-623-3090

Correo

Equipo de Bienestar y
Beneficios de Salud del Grupo BID
1300 New York Avenue NW
Mail Stop E-0403, Washington DC, 20577

Para más información acerca de elegibilidad de beneficios y reembolso de reclamos, por favor dirigirse al administrador del plan. La información de contacto está disponible en la sección “Administración de Planes” de este manual.

²Acrónimo del inglés Employee Well-being and Health Benefits

Además de proporcionar servicios relacionados con beneficios médicos, el equipo de EW&HB es también responsable del desarrollo y mantenimiento de programas e iniciativas que apoyan y alientan al personal del Grupo BID a mantener un estilo de vida saludable. Los servicios ofrecidos incluyen:

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)³. Servicio gratuito 24/7, asesoramiento confidencial, apoyo y referencias para el personal del Banco, jubilados y todos sus dependientes elegibles para hacer frente al estrés y problemas de relaciones interpersonales, incluyendo temas relacionados con violencia doméstica.

Centro de Servicios de Salud (HSC)⁴. Ofrece una variedad de servicios para el personal de las oficinas en la sede y oficinas en los países. Servicios ofrecidos solamente en la sede incluyen: cuidados de enfermería, atención de emergencia, exámenes médicos y servicios de laboratorio. Los servicios ofrecidos en la Sede y las Representaciones incluyen: manejo de casos, asesoramiento, educación sobre salud y medicina

de viajes y ocupacional.

Programas de Bienestar. Sensibilizar y proporcionar oportunidades para la adopción de medidas relacionadas con la salud en temas específicos a través de: la feria anual de la salud, desafíos en materia de buena salud, evaluaciones ergonómicas, así como seminarios y servicios relacionados con el bienestar.

Instalaciones. Sala para la lactancia (Sede Central y Representaciones, según corresponda) así como habitación silenciosa⁵ (sede) y gimnasio (sede).

1.5 CONTACTAR AL GRUPO BID SOBRE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN DE ORIGEN LABORAL

Si usted se lesiona o se enferma debido a un incidente de origen laboral, debe informar al Grupo BID de inmediato para recibir el apoyo necesario.

Lugar y horario	A Quién notificar	Teléfono
Sede durante el horario regular	Supervisor del Centro de Servicios de Salud	202-623-3135
Sede durante el horario no regular	Seguridad	202-623-3300
Oficina en el País*	Representante	
Viajando en misión oficial*	Jefe de misión y/o Representante	

*Durante una misión oficial o si ha sido asignado a una Oficina en el País, por favor notifique al Representante o jefe de la misión de trabajo. Él o ella debe proporcionar un informe completo por escrito del incidente al equipo de EW&HB en el término de siete días.

1.6 ADMINISTRACIÓN DE LOS PLANES

El Banco contrata a empresas externas, llamadas administradores del plan, para procesar reclamos y

proveer acceso a redes de proveedores de salud.

El (Los) administrador(es) del programa de beneficios de salud dependerá del lugar donde el

³Acrónimo del inglés Employee Assistance Program.

⁴Acrónimo del inglés Health Services Center

⁵Quiet Room

miembro resida oficialmente.

Si reside en los EE.UU. o Puerto Rico, Cigna Healthcare administra los servicios médicos, dentales y de visión, mientras que Express Scripts administra los servicios de medicamentos recetados. Si recibe servicios médicos o surte una receta fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, usted presentará un reclamo ante Cigna Healthcare para obtener un reembolso.

Si reside fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Global administra los servicios médicos, dentales,

Las páginas web de los administradores del plan son seguras y le permiten someter y ver el estado de los reclamos, acceder a los directorios de la red de proveedores y solicitar las tarjetas de identificación. También proporcionan herramientas para ayudarle a usted y a su familia con respecto a temas de salud y bienestar personal.

oftalmológicos y de medicamentos recetados. Si recibe servicios médicos u obtiene una receta en los EE. UU. o en cualquier otro país donde no resida oficialmente, utilizará su tarjeta de identificación de Cigna Global.

Por favor, tenga en cuenta:

- Usted puede ponerse en contacto con el administrador del plan para saber más sobre: 1) Cómo funcionan sus beneficios; 2) Qué está cubierto; 3) Elegibilidad de miembros y de beneficios; 4) Encontrar un médico u otros proveedores de salud; y 5) Obtener actualizaciones sobre el estado de procesamiento de sus reclamos
- Usted necesitará su número de tarjeta de identificación y la información de su cuenta a la hora de contactar al administrador del plan. La información de contacto está disponible en el frente o dorso de su tarjeta de identificación de seguro de Cigna Healthcare o Cigna Global.

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección Postal
Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID se encuentra en EE. UU. o Puerto Rico, el administrador de sus planes de beneficios médicos, dentales y de visión dondequiera que reciba servicios de salud es Cigna Healthcare.	my.cigna.com iadb@cigna.com	+1 800-IDB-3637 (+1 800-432-3637) Atención al cliente en inglés y español 24/7/36	Reclamos Médicos: Cigna Healthcare P.O. Box 182223, Chattanooga, TN, 37422-2223 Reclamos Dentales: Cigna Dental P.O. Box 188037 Chattanooga, TN 37422-8037 Reclamos de Visión: Cigna Vision PO Box 385018, Birmingham, AL, 35238-5018

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección Postal
<p>Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID se encuentra en EE. UU. o Puerto Rico, el administrador de su plan de beneficios de medicamentos recetados es Express Scripts, Inc.</p> <p>Si viaja al extranjero, usted pagará por cualquier medicamento recetado adquirido y presentará un reclamo de reembolso a Cigna Healthcare.</p>	<p>www.express-scripts.com</p>	<p>+1-855-521-0824</p> <p>Atención al cliente en inglés y español 24/7/365</p>	<p>EXPRESS SCRIPTS Home Delivery Service P.O. Box 66566 St. Louis, MO 63166-6566</p>
<p>Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID se encuentra fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, el administrador de sus planes de beneficios médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados dondequiera que reciba servicios de salud es Cigna Global.</p>	<p>cignahealthbenefits.com iadb.global@cigna.com</p> <p>Todas las opciones para ponerse en contacto con Cigna Global se enumerarán en la página web y la aplicación móvil de Cigna Health Benefits. Después de iniciar sesión, seleccione la pestaña "Contacto" para verlas. Esta pestaña también incluye una función de "Devolución de Llamada", que permite a Cigna Global llamarlo directamente para que no incurra en cargos de larga distancia.</p>	<p>Cigna Global Global phone: +32 3 293 18 59 U.S. toll-free phone: +1 800 297 9983</p> <p>Fax: +32 3 663 28 55</p> <p>Atención al cliente en inglés, español, francés y portugués 24/7/365</p>	<p>Cigna Global P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium</p> <p>P.O. Box 451989 Sunrise, Florida 33345</p>

1.7 ELEGIBILIDAD Y COBERTURA

Para conocer los términos y condiciones, tales como elegibilidad, condiciones preexistentes (aplicables solamente para padres dependientes), participación obligatoria o voluntaria, así como inscripción y terminación de cobertura, por favor refiérase a la Regla de Personal PE-375 y sus anexos 1 y 2 que se adjuntan al final de este manual (Ver Apéndice sobre la Regla del Personal PE-375.).

1.8 APLICACIÓN MÓVIL DEL GRUPO BID

El Grupo BID ha creado una herramienta de referencia para los afiliados al Programa de Beneficios Médicos: **La Aplicación Web Móvil de Beneficios Médicos**, que brinda un acceso más fácil a la información sobre el Programa de Beneficios Médicos para usted y sus dependientes cubiertos por el Programa.

La aplicación web de beneficios médicos presenta información sobre los componentes del programa, incluyendo:

- **Los beneficios médicos, dentales, oftalmológicos y de medicamentos recetados vigentes**, incluyendo lo que está cubierto, la red de proveedores, cómo someter un reclamo, cómo obtener una garantía de pago para obtener servicios en el exterior, consejos sobre cómo usar los planes, un glosario de términos, y más.
- **Información de contacto** de los distintos administradores del Programa, incluida una función de marcación directa y acceso rápido para descargar sus aplicaciones.
- **Otros beneficios**, como el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y el servicio gratuito de segunda opinión de Teladoc.

No necesita credenciales ni contraseñas para

acceder a la aplicación web móvil de beneficios médicos. No contiene datos personalizados y se puede acceder a ella en cualquier lugar donde haya una conexión a Internet.

Para obtener instrucciones para descargar la aplicación, [haga click aquí](#).

Comparta esta aplicación web móvil con cualquier dependiente que usted cubra bajo el Programa.

SECCIÓN 2

PLAN MÉDICO

SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO

El Plan Médico proporciona beneficios médicos integrales que se determinan como necesarios desde el punto de vista médico para usted y los miembros cubiertos de su familia.

2.1 PLAN MÉDICO GENERAL

El Plan Médico ofrece una amplia gama de beneficios de atención médica y cubre:

- Visitas a consultorios médicos
- Atención de rutina y preventiva
- Servicios de hospitalización
- Servicios ambulatorios en hospitales, consultorios médicos y en otras facilidades de atención médica
- Atención de emergencia
- Atención de urgencia

El plan se caracteriza por ser un Plan de Seguros de Indemnidad, y le reembolsa después de que haya incurrido en gastos y haya presentado un reclamo ante el administrador de su plan. Tenga en cuenta que, si visita proveedores dentro de la red, ellos presentarán un reclamo en su nombre y usted solo pagará el monto del coaseguro o copago correspondiente una vez que haya recibido una Explicación de Beneficios/Nota de Liquidación del administrador.

Si usted necesita servicios médicos en los EE. UU. o Puerto Rico, usted tiene acceso a la red de proveedores Cigna Healthcare. Si elige proveedores de la red, su coaseguro es más bajo y usted también le ahorra dinero al Programa.

Si elige un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o Puerto Rico, usted pagará más por su atención médica, incluido el cumplimiento del deducible anual fuera de la red y un porcentaje de coaseguro más alto. Los proveedores fuera de la red no están obligados a consultar con el administrador

del plan por adelantado para ver si su servicio o procedimiento es médicamente necesario o si está cubierto por el Plan Médico del Grupo BID, por lo que usted es responsable de asegurarse de tener cobertura y estar consciente de cuanto le va a costar el servicio antes de recibirlo. Además, con los proveedores fuera de la red, por lo general se le pedirá que pague de su bolsillo por su servicio y luego presente su solicitud de reembolso ante el administrador. Esto lo pone en riesgo de pagar la totalidad de un servicio que no está cubierto por nuestro Programa o de recibir una “factura por diferencia” del proveedor que debe pagar por un servicio cubierto, ya que nuestro Programa solo reembolsará la cantidad máxima permitida establecida para servicios fuera de la red (MRC).*

2.1.1 ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS O PUERTO RICO

Si usted recibe atención médica fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, sus reclamos se pagarán al nivel de beneficios dentro de la red, independientemente de dónde reciba el servicio. Sin embargo, si está planeando un procedimiento costoso, debe contactarse con el administrador que le corresponde con anticipación para solicitar una Garantía de Pago (GOP) y asegurarse de que su procedimiento esté cubierto, y que el administrador le pague directamente al proveedor.

Los miembros que residen en los EE. UU. o Puerto Rico deben someter solicitudes de reembolso por servicios fuera de la red y cualquier reclamo por servicios recibidos fuera de los EE.UU. o Puerto Rico a Cigna Healthcare. Los miembros que residen fuera de los EE.UU. o Puerto Rico deben presentar todas las solicitudes de reembolso ante Cigna Global.

*Ver MRC en la sección 9: Glosario de Términos de Beneficios

2.1.2 LOCALIZAR PROVEEDORES EN LA RED DENTRO Y FUERA DE EE. UU. O PUERTO RICO

Para los miembros que residen en los EE. UU. o Puerto Rico, llame al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare o use la función de búsqueda de proveedores en el sitio web o la aplicación móvil www.myCigna.com para encontrar información actualizada sobre hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica de la red en su área.

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico, para encontrar una farmacia dentro de la red, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Express Scripts o use la función de búsqueda de farmacias en el sitio web de Express Scripts (www.expressscripts.com) o la aplicación móvil de Express Scripts.

Para los miembros que residen fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, para encontrar un proveedor use la función de búsqueda de proveedores en el sitio web o la aplicación móvil de Cigna Health Benefits para buscar un proveedor de la red en su país de residencia, o llame al número que se encuentra al frente de su tarjeta de identificación de Cigna Global. Si se encuentra fuera de su país de residencia, y necesita atención médica, use el número de teléfono que se encuentra en el frente de su tarjeta para encontrar proveedores en los EE. UU., Puerto Rico u otros países. Así mismo, usted puede referirse a la información de contacto incluida en la Sección 1.6.

2.1.3 SERVICIOS DE DESPLIEGUE DE TARJETA (“FLASH THE CARD SERVICES”)

Para los miembros que residen fuera de los EE.UU. o Puerto Rico, use la herramienta de búsqueda

de proveedores en la página web o la aplicación móvil de Cigna Health Benefits para encontrar proveedores de tarjetas flash. Si “pago directo para pacientes ambulatorios” (#2) está marcado junto al nombre del proveedor, puede mostrar su tarjeta de identificación y Cigna Global realizará un pago directo por el costo de su atención hasta un máximo de \$400 (el monto exacto depende del acuerdo de Cigna Global con el proveedor). El proveedor puede cobrarle a usted por cualquier coaseguro si aplica. Para servicios con montos superiores a \$400, usted debe solicitar una Garantía de Pago (GOP) de Cigna Global. Consulte la Sección 2.5.

2.1.4 TERMINOS MEDICOS IMPORTANTES

Para entender cómo funciona el plan, usted debe estar familiarizado con una serie de términos médicos que se pueden ver con frecuencia en relación con sus beneficios. La lista completa de términos médicos aparece en la Sección Glosario de Términos de Beneficios.

2.1.5 APELACIONES

El Plan Médico prevé dos niveles de apelación si no está de acuerdo con la decisión del administrador de denegar un reclamo o la prestación de un servicio. El primer nivel de apelación es manejado internamente por el administrador del plan, utilizando personal especializado fuera del departamento que tomó la decisión de denegación original. El segundo nivel de apelación, que está disponible si se agotó el primer nivel de apelación, lo proporciona una parte externa independiente llamada Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). La información sobre cómo presentar una apelación se incluye en la Explicación de Beneficios (EOB) de Cigna Healthcare o en la Nota de Liquidación (SN, por sus siglas en inglés) de Cigna Global.

2.2 CUADRO DE SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Máximo por Vida

EN LA RED

FUERA DE LA RED

Sin Límite

Sin Límite

Deducible (por año calendario)

- | | | |
|----------------------|---------|-----------|
| • Individual | Ninguno | US\$500 |
| • Máximo por Familia | Ninguno | US\$1.000 |

Calculo Máximo Familiar:

Un deducible es el monto específico en dólares que un miembro debe pagar primero antes de que el Plan comience a pagar una parte de sus costos médicos. Si usted solo se cubre a sí mismo bajo el Plan, una vez que alcance el deducible individual de \$500 por servicios fuera de la red, sus reclamos se pagarán al porcentaje de cobertura establecido en este Manual y usted será responsable de cualquier monto de coaseguro aplicable y la diferencia entre el cargo facturado y el Cargo Máximo Reembolsable (MRC, por sus siglas en inglés) cubierto por el Programa, si corresponde. Si cubre a dos o más personas bajo el plan, tan pronto como una persona alcance el deducible de \$500, las reclamaciones de esa persona se pagarán según el porcentaje de cobertura establecido en este Manual. Luego, tan pronto como otros miembros de la familia en conjunto alcancen un total de \$1,000 en deducibles, los reclamos de todos los miembros de la familia se pagarán al porcentaje de cobertura establecido en este Manual, más cualquier diferencia entre el cargo facturado y el MRC cubierto por el Programa, si aplica.

Desembolso Máximo del Participante (por año calendario)

- | | | |
|--|--------------|-----------|
| • Incluye deducibles | No aplicable | Sí |
| • Máximo individual | US\$1.000 | US\$2.000 |
| • Máximo por familia | US\$2.000 | US\$4.000 |
| • Incluye penalización por no cumplir con el requisito de certificación previa | No | No |
| • Incluye los cargos pagados en exceso del Cargo Máximo Reembolsable (MRC) de los Gastos Médicos | No aplicable | No |

Calculo del Desembolso Máximo:

El desembolso máximo de bolsillo que un miembro hace bajo el Plan es el monto máximo en dólares que debe cumplir para que el Plan comience a pagar 100% por los cargos máximos reembolsables o contratados con un proveedor por reclamos de servicios elegibles. Los gastos de bolsillo que se pueden aplicar a este monto máximo de bolsillo incluyen los montos por deducibles y coaseguros. Las primas mensuales de seguro no se aplican al desembolso máximo de bolsillo.

Una vez que alcance su desembolso máximo de bolsillo, el Plan cubrirá el 100% del cargo contratado o máximo reembolsable de un proveedor, dependiendo de si su proveedor está dentro o fuera de la red, respectivamente. Tenga en cuenta que, si la tarifa de un proveedor fuera de la red es mayor que el Cargo Máximo Reembolsable permitido, usted podría ser responsable de una “factura de diferencia”, que refleja la diferencia entre lo que pagará el plan y lo que facturó el proveedor fuera de la red. El Plan no pagará por esa diferencia.

Si cubre a más de una persona bajo el Plan, tan pronto como una persona alcance el desembolso máximo individual, sus reclamos por el resto del año se pagarán como se indicó anteriormente. Cuando el resto de los miembros de su familia alcancen colectivamente el desembolso máximo familiar, los reclamos de toda su familia se pagarán como se indicó anteriormente.

Máximo por Vida**EN LA RED****FUERA DE LA RED**

Sin Límite

Sin Límite

Visitas al Consultorio Médico

- | | | |
|--|-----|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Por Enfermedad | 90% | 80% del Cargo Máximo Reembolsable (MRC, por sus siglas en inglés)*, después del deducible. |
|--|-----|--|

Atención Preventiva de Rutina

100%

100% de MRC, después del deducible

- Para todas las edades: incluye cobertura para exámenes físicos anuales estándar y servicios como análisis de orina, EKG, paneles de sangre estándar y otras pruebas de laboratorio estándar como parte del beneficio de atención preventiva según lo defina el administrador.
- Para todas las edades: vacunas (incluido el costo de los productos biológicos que son vacunas o medicamentos para viajar).
- Para adultos: incluye mamografía anual de rutina, prueba de Papanicolaou y pruebas de PSA.
- La atención preventiva de rutina no incluye exámenes físicos anuales de “tipo ejecutivo”, pruebas de detección “Life Line”, ni paquetes de pruebas genéticas.

*Ver la Sección 9: Glosario de Términos de Beneficios

	EN LA RED El Plan Pagará	FUERA DE LA RED El Plan Pagará
Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias		
• Servicios para Pacientes Hospitalizados. (Revisión por necesidad médica después de 45 días.)	100%	80% de MRC, después del deducible
• Servicios Ambulatorios-En un Consultorio Médico	90%	80% de MRC, después del deducible
• Servicios Ambulatorios-Todos los demás servicios	100%	80% de MRC, después del deducible
Cirugía	100%	80% de MRC, después del deducible
Segunda Opinión de Cirugía (incluye laboratorio y rayos X)	100%	80% de MRC, después del deducible
Exámenes de Pre-admisión (hasta 7 días antes de la cirugía)	100%	80% de MRC, después del deducible
Servicios de Internación Hospitalaria		
• Habitación Semiprivada (SP)	100% (de la tarifa negociada)	80% de MRC, después del deducible
• Habitación Privada	100% (de la tarifa negociada para SP)	80% de MRC, después del deducible (hasta el límite del monto SP)
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU, por sus siglas en inglés)	100% (de la tarifa negociada)	80% de MRC, después del deducible (hasta el límite del costo diario de ICU)
• Visitas/Consultas Médicas	90%	80% de MRC, después del deducible
• Servicios Profesionales	100%	80% de MRC, después del deducible
Cirugía Ambulatoria		
• Servicios Ambulatorios	100%	80% de MRC, después del deducible
• Servicios Profesionales	100%	80% de MRC, después del deducible
Atención de Urgencia	100%	100% de MRC

	EN LA RED El Plan Pagará	FUERA DE LA RED El Plan Pagará
Atención de Emergencia		
• Incluye los servicios de ambulancia cuando es médicamente necesario	100%	100% de MRC
• Primeros Auxilios por lesiones accidentales-por servicios recibidos dentro de 72 horas después del accidente	100%	100% de MRC
• En un consultorio médico u otra facilidad ambulatoria	100%	100% de MRC
• Visitas a Salas de Emergencia	100%, después del deducible de \$100. Deducible no se aplica si el paciente es internado/a en el hospital, o admitido “bajo observación” en un hospital de los EE.UU.	100 %, después del deducible de \$100. Deducible no se aplica si el paciente es internado/a en el hospital, o admitido “bajo observación” en un hospital de los EE.UU.*
*Ingresos hospitalarios inmediatos a través de la sala de emergencia, ya sea como paciente internado o “bajo observación” en un hospital fuera de la red en EE. UU., se cubrirán también al 100%.		
Servicios de Laboratorio y Radiología		
• En un hospital como paciente interno	100%	80% de MRC, después del deducible
• En un hospital como paciente externo	100%	80% de MRC, después del deducible
• En un laboratorio clínico y de radiografía*	90%	80% de MRC, después del deducible
• En un consultorio médico	90%	80% de MRC, después del deducible
Las mamografías están cubiertas al 100%, sin importar el lugar del servicio o si son preventivas o de diagnóstico.		
*Si estos servicios están relacionados con un examen físico anual, ellos estarán cubiertos en un 100%.		
Rehabilitación Ambulatoria a Corto Plazo		
• Revisión por necesidad médica después de 30 visitas por año calendario.	90%	80% de MRC, después del deducible
Acupuntura	90%	80% de MRC, después del deducible

	EN LA RED El Plan Pagará	FUERA DE LA RED El Plan Pagará
Terapia Conductual Aplicada (ABA)	90%	80% de MRC, después del deducible
<p>Cuando sea médicamente necesaria: límite anual de US\$40,000 por hijo para hijos dependientes menores de 19 años. Los miembros del plan deben comunicarse con el administrador para garantizar la comprensión y los criterios de necesidad médica antes de obtener estos servicios.</p>		
Diálisis Renal	90%	80% de MRC, después del deducible
Auxiliares de salud en el hogar, servicios de enfermería de atención médica domiciliaria especializada, atención de enfermería privada domiciliaria especializada	90%	80% de MRC, después del deducible
<p>Cubierto hasta 40 días por año calendario en total para cualquier combinación de los servicios enumerados, si se considera médicamente necesario según el Plan de atención médica domiciliaria prescrito por un proveedor o el Plan de atención médica que incluya notas clínicas/ notas de progreso. La evaluación para la continuación de cualquiera de los servicios anteriores también requiere la presentación de la documentación anterior. Cualquier continuación de los servicios más allá de los 40 días por año calendario debe ser evaluada por necesidad médica y respaldada por información clínica del proveedor.</p>		
Servicios de Atención para Enfermos Terminales.		
• Centro de Atención para pacientes terminales, habitación semi-privada (SP)	100%, basado en la tarifa negociada	100% de MRC, después del deducible (hasta el límite de la tarifa SP negociada)
• Centro de Atención para pacientes terminales, habitación privada	100%, basado en la tarifa SP negociada	80% de MRC, después del deducible (hasta la tarifa SP negociada)
Trasplante de órganos (Incluye todos los trasplantes médicamente necesarios, no experimentales)		
• Pacientes hospitalizados	100%	80% de MRC, después del deducible negociada
• Habitación semiprivada (SP)	100%, limitado a tarifa negociada	80% de MRC, después del deducible (hasta el límite del costo de SP)
• Habitación privada	100%, limitado a tarifa negociada de SP	80% de MRC, después del deducible (hasta el límite de la tarifa SP negociada)
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	100%, limitado a tarifa negociada	80% de MRC, después del deducible (hasta el límite de la tarifa diaria de ICU negociada)

	EN LA RED El Plan Pagará	FUERA DE LA RED El Plan Pagará
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos (quirúrgicos) 	100%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Visitas/consultas para pacientes hospitalizados 	90%	80% de MRC, después del deducible
Equipo Médico Durable	90%	80% de MRC, después del deducible
Accesorios Prostéticos Externos	90%	80% de MRC, después del deducible
Maternidad		
<ul style="list-style-type: none"> Visita inicial para determinar el embarazo 	90%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Parto (incluye las visitas pre y postnatales) 	100%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Hospital (incluye centros de maternidad) 	100%	80% de MRC, después del deducible
Aborto (Incluye los procedimientos electivos o no electivos para cualquier miembro elegible de la familia)		
<ul style="list-style-type: none"> Visitas al consultorio médico 	90%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes hospitalizados 	100%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes ambulatorios 	100%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Servicios médico quirúrgicos 	100%	80% de MRC, después del deducible
Planificación Familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Visitas al consultorio médico (incluyendo pruebas y asesoramiento) 	90%	80% de MRC, después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de esterilización quirúrgica (para vasectomía/ligadura de trompas, incluidas las reversiones de las mismas) 	100%	80% de MRC, después del deducible

	EN LA RED El Plan Pagará	FUERA DE LA RED El Plan Pagará
Tratamiento de Infertilidad cuando sea medicamento necesario. (Máximo de por vida de US\$50.000-US\$30.000 de servicios médicos, US\$20.000 de medicamentos recetados.)		
• Visitas al consultorio médico (incluyendo pruebas y asesoramiento)	90%	80% de MRC, después del deducible
• Procedimientos quirúrgicos para la infertilidad (incluida la IA, FIV, GIFT, ZIFT, etc.).	100%	80% de MRC, después del deducible
Los miembros que contemplen un tratamiento de infertilidad deben comunicarse con el administrador del plan correspondiente para confirmar que se cumplen criterios de necesidad médica.		
Beneficios para Audífonos		
• Evaluación audiológica o prueba, y cualquier aparato (s) prescrito (s), incluyendo su reparación.	80%, hasta un máximo de \$5.000 cada cinco años	80% de MRC, hasta un máximo de \$5.000 cada cinco años
Visión		
• Primer par de anteojos después de una cirugía de cataratas	80%	80% de MRC, después del deducible

2.3 SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- **Beneficios para Atención Médica Preventiva de Rutina.** Usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para los beneficios para atención médica preventiva de rutina (por ejemplo, exámenes físicos estándares anuales, incluyendo pruebas de laboratorio estándar y vacunas).
- **Ambulancias.** Los costos del servicio local de ambulancia relacionados a una emergencia médica hacia o desde el hospital más cercano, donde se pueden proporcionar los tratamientos y la atención médica necesaria y solo para situaciones de emergencia médica. El servicio de ambulancia local puede incluir helicópteros Medivac, siempre y cuando su uso sea médicamente necesario y para una situación de emergencia.
- **Gastos de hospital por cama, alimentación, servicios y suministros.** Gastos de un hospital por cama y alimentación, y para otros servicios y suministros necesarios. (Sujeto a los límites

indicados en la Tabla de Cobertura de Servicios Médicos.)

- **Atención médica hospitalaria para pacientes ambulatorios.** Gastos de un hospital, para el cuidado y tratamiento médico proporcionados de forma ambulatoria.
- **Gastos por uso del centro quirúrgico.** Gastos de un centro quirúrgico independiente, para atención y tratamiento médico.
- **Servicios de salud mental.** Cargos realizados por un centro con licencia para la atención y el tratamiento de enfermedades mentales de forma ambulatoria o interna. Después de 45 días de estadía como paciente hospitalizado, se requiere evaluación por necesidad médica.
- **Tratamiento del abuso de alcohol y drogas.** Cargos realizados por un centro con licencia para brindar tratamiento de abuso de alcohol y drogas, ya sea en forma ambulatoria o a través de internación. Después de 45 días de estadía como paciente hospitalizado, se requiere evaluación por necesidad médica.

- **Honorarios Médicos y de otros profesionales.** Honorarios de un médico u otros profesionales de la salud licenciados para prestar servicios de atención médica.
- **Servicios de enfermería profesional.** Gastos de servicios profesionales de un/a enfermero/a.
- **Anestesia.** Gastos por uso de anestésicos y su administración.
- **Análisis de laboratorio y Rayos X.** Gastos por radiografías de diagnóstico y análisis de laboratorio.
- **Radiación y otros tratamientos.** Gastos por tratamientos con radio e isótopo radiactivo y quimioterapia.
- **Sangre.** Gastos por transfusiones de sangre, y por sangre que no es donada o reemplazada.
- **Gases.** Gastos por oxígeno y otros gases, y su administración.
- **Ayuda Auditiva.** Gastos por instrumentos de audición o exámenes para la prescripción o ajuste de estos.
- **Equipo.** El equipo médico durable se puede comprar si representa una alternativa conveniente con respecto al alquiler de este. Su administrador de reclamos asignado debe aprobar todas las compras de equipos médicos durables.
- **Instrumentos protésicos.** Reemplazos externos de una parte del cuerpo.
- **Vendajes y recetas.** Gastos por vendajes, y medicamentos legalmente aprobados: sólo con la prescripción escrita por un médico.
- **Terapia Física, terapia ocupacional o del lenguaje.** Gastos por tratamientos de terapia física, ocupacional o del lenguaje proporcionados por terapeutas licenciados. Después de 30 días de tratamiento, se requiere revisión por necesidad médica.
- **Terapia Conductual Aplicada (ABA).** Cargos por ABA cuando se determina que es médicamente necesario para el tratamiento del autismo para niños dependientes menores de 19 años, con un límite anual de \$40,000 por niño. Los servicios están sujetos a revisión periódica por necesidad médica continua.
- **Trasplantes de órganos.** Cargos realizados por o en relación con servicios de trasplante de órganos aprobados, incluidos medicamentos inmunosupresores, costo de obtención de órganos, costos médicos del donante y transporte hasta un límite de \$10,000 por caso solo para proveedores dentro de la red. El monto pagadero por los costos médicos del donante se reducirá por el monto pagadero por esos costos de cualquier otro plan.
- **Seguimiento de Cirugía de Cataratas.** Costo del primer par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.
- **Atención a Domicilio.** Cargos realizados por una agencia de atención médica domiciliaria por los siguientes servicios y suministros médicos cuando se determine que son médicamente necesarios y se brinden conforme a un plan prescrito de atención médica domiciliaria formal de un proveedor para la persona nombrada en ese plan:
 - Atención de enfermería a tiempo parcial o de servicio discontinuo por una enfermera graduada y registrada.
 - Servicios de tiempo parcial o intermitentes de un asistente de salud en el hogar.
 - Terapia física, terapia ocupacional, respiratoria o del lenguaje.
 - Suministros médicos; medicamentos recetados entregados solo bajo receta escrita de un médico y servicios de laboratorio, pero solo en la medida en que dichos cargos se hubieran considerado gastos cubiertos si una persona hubiera requerido internación en el hospital como paciente de cama registrado o internación en un centro de enfermería especializada.

Tenga en cuenta que estos servicios están

cubiertos hasta 40 días por año calendario en total para cualquier combinación de los servicios citados. Cualquier continuación de los servicios más allá de los 40 días por año calendario está sujeta a revisión por necesidad médica.

- **Residencia para enfermos terminales.** Cargos por enfermedad terminal por los siguientes servicios de atención proporcionados bajo un programa de atención en una residencia para enfermos terminales:
 - Por cama, alimentación, servicios y suministros, en un centro acreditado para la atención terminal sujeto a los criterios clínicos establecidos por el administrador.
 - Por un centro de cuidados paliativos para los servicios proporcionados en el hogar.
 - Por servicios profesionales de un médico.
 - Por tratamiento para alivio del dolor, incluyendo medicamentos recetados y suministros médicos.

2.4 SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

El Plan Médico no cubre los beneficios para:

- Servicio de ambulancia aéreos.
- Cargos por o en relación con procedimientos experimentales o de investigación o métodos de tratamiento no aprobados por las autoridades nacionales relevantes o sociedades de especialidades médicas (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o la Asociación Médica Estadounidense (AMA) en los EE. UU. para medicamentos y procedimientos médicos, respectivamente) o que no se enmarcan dentro de los estándares establecidos por el administrador asignado (es decir, como se refleja en sus boletines de política clínica publicados o en sus documentos de política de cobertura).
- Gastos médicos por o en relación con múltiples

cirugías que excedan del siguiente máximo: cuando se realicen dos o más procedimientos a través de la misma incisión quirúrgica, el monto máximo a pagar será el monto que se habría pagado para el procedimiento más costoso, y la mitad del monto de todos los demás procedimientos quirúrgicos.

- Costo de un asistente cirujano en exceso del 20 por ciento del honorario aprobado para la prestación del cirujano (para efectos de esta limitación, el honorario aprobado significa la cantidad pagadera al cirujano antes de las reducciones debidas a coaseguro o montos deducibles).
- Amniocentesis y ultrasonido, o cualquier otro procedimiento solicitado únicamente para la determinación del sexo de un feto, a menos que sea médicamente necesario para determinar la existencia de un trastorno genético ligado al sexo.
- Servicios de cirugía transexual y servicios relacionados.
- Cargos por o en conexión con los pies cansados, débiles o tensos cuyo tratamiento consiste en el cuidado rutinario de los pies, como la eliminación de callosidades y los callos o el recorte de uñas, a menos que sea médicamente necesario.
- Gastos por o en relación con cirugías estéticas, a menos que: (a) una persona reciba una lesión, mientras esté asegurada para estos beneficios, lo que resulta en daños corporales que requieren de la cirugía; (b) que califica como cirugía reconstructiva realizada a una persona después de la cirugía, y tanto la cirugía y la cirugía reconstructiva son esenciales y médicamente necesarias; o (c) que se realiza en un dependiente que tenga menos de 16 años de edad para corregir una anomalía congénita.
- Cargos por una segunda opinión quirúrgica prestados más de seis meses después de que un cirujano haya recomendado anteriormente el procedimiento quirúrgico.

- Gastos por o en conexión con las refracciones oculares de rutina, ejercicios oculares, y para el tratamiento quirúrgico para la corrección de los defectos refractivos, incluyendo queratotomía radial, cuando anteojos o lentes de contacto pueden ser usados, con excepción de lo previsto en el programa del plan de cuidado de la visión.
- **Atención de Salud a Domicilio.** Los siguientes gastos por servicios médicos y suministros de una agencia de cuidado de salud en el hogar no se incluyen como gastos cubiertos:
 - Visitas de atención médica domiciliaria en exceso de 40 durante un año calendario, para todas las categorías de atención médica domiciliaria colectivamente, a menos que se determine que son médicamente necesarias y se proporcionarán bajo un plan de atención médica domiciliaria formal por escrito de un proveedor para la persona nombrada en ese plan.
 - Atención o tratamientos que no estén indicados en el plan de atención médica a domicilio; o
 - Cualquier período en el que una persona no está bajo el cuidado de un médico
 - Cargos por servicios de atención a largo plazo, ya sea que se brinden en el hogar o en un centro, que sean de naturaleza de custodia. El cuidado de custodia consiste principalmente en la asistencia con las actividades de la vida diaria (AVD), como la higiene personal, vestirse, comer, mantener la continencia y trasladarse.
- **Asistencia para Enferma/o (s) Terminales.** Los siguientes gastos por servicios de cuidado para enferma/o (s) terminales no se incluyen como gastos cubiertos:
 - Cualquier período en que usted o su dependiente no está bajo el cuidado de un médico;
 - Servicios o suministros que no figuren en

el programa de asistencia para enferma/o (s) terminales;

- Todos los procedimientos curativos o destinados para prolongar la vida;
 - Servicios o suministros que son principalmente para ayudar a usted o su dependiente en la vida diaria; o
 - Cuando tales gastos estén cubiertos por otros beneficios de acuerdo con la Tabla de Coberturas Médicas del Plan.
- Cargos relacionados a peelings químicos de cualquier tipo, dermoabrasión, tratamiento foto-facial (IPL, por sus siglas en inglés), y terapia con láser (por ejemplo, colorante pulsante).

Para obtener más información sobre las exclusiones que se aplican al Plan de Atención Médica, ver la Sección 7 sobre Limitaciones y Exclusiones.

2.5 GARANTÍAS DE PAGOS (GOP)⁸

Para miembros que residen fuera de EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Global ha establecido un proceso para emitir una Garantía de Pago (GOP, por sus siglas en inglés) para cualquier proveedor u hospital para que pueda recibir los servicios necesarios sin tener la necesidad de pagar por adelantado y presentar un reclamo. La GOP establece acuerdos para que Cigna Global pague a un proveedor directamente por los servicios prestados.

La GOP establece los procedimientos/servicios a prestar, los montos a pagar y el proveedor de servicios que recibirá el pago directo. Los miembros, o representantes en su nombre, deben solicitar una GOP antes de su hospitalización/cirugía programada u otro procedimiento costoso.

Si bien es posible que muchos proveedores de la red de Cigna Global no requieran una GOP, siempre es una buena idea solicitar una GOP antes de los

⁸Acrónimo del inglés Guarantee of Payment

servicios programados, y especialmente si no se sabe si el proveedor está dentro o fuera de la red de Cigna Global o si los servicios requeridos son médicamente necesarios y elegibles bajo el Plan.

En principio, Cigna Global debe otorgar una GOP dentro de las 48 horas posteriores a la realización de la solicitud, excepto en casos de emergencia en los que se debe emitir una GOP dentro de 2 horas, si la solicitud se hace por teléfono. En el caso de procedimientos programados, es altamente recomendable que la solicitud de la GOP se realice 14 días antes de la fecha prevista para la realización del procedimiento.

Si usted reside en los EE. UU. o Puerto Rico, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de Cigna Healthcare para obtener ayuda con una GOP si necesita servicios médicos mientras viaja fuera de los EE. UU. o Puerto Rico.

2.6 GESTIÓN DE CASOS

Si usted o uno de sus familiares cubiertos necesita tratamiento médico por una enfermedad grave, el servicio de Gestión de Casos ofrecido por los administradores del plan puede ayudar.

2.6.1 CÓMO PUEDE AYUDAR

La gestión de casos está diseñada para asegurar que usted obtenga la atención adecuada en el lugar apropiado y para coordinar todos los detalles de su programa de tratamiento cuando usted o un miembro de su familia esté enfrentando una grave enfermedad.

La decisión de utilizar el servicio de Gestión de Casos es voluntario. Sin embargo, tenga en cuenta que puede proporcionar ayuda para encontrar los recursos y el tratamiento adecuado cuando usted y su familia más lo necesiten.

2.6.2 COSTO DE GESTIÓN DE CASOS

El administrador de reclamos ofrece este servicio sin costo alguno.

2.6.3 CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO

Usted, uno de sus representantes autorizados, o su médico pueden iniciar el proceso con una llamada telefónica al administrador del plan. Una vez se toma conocimiento de su caso específico, se le asigna un/a administrador/a de casos.

Las/os administradoras/os de casos son enfermeros/as registrados/as que son respaldados por otros profesionales de cuidados clínicos, cada uno/una entrenados o con credenciales en un área clínica específica. Las/os Administradoras/os de casos también reciben el apoyo de un grupo de médicos asesores quienes aportan información actualizada sobre programas de tratamiento de vanguardia y sobre las tecnologías médicas más recientes.

Su administrador/a de casos se comunica con usted, su familia y su médico durante su tratamiento, coordinando el cuidado del paciente y asegurándose que tenga acceso a los servicios y el apoyo que necesita.

Para ponerse en contacto con representantes de Gestión de Casos, llame al número de teléfono gratuito en el frente o la parte de atrás de su tarjeta de identificación del Plan de Seguro Médico.

2.7 DESCRIPCIÓN GENERAL DE MEDICARE

La participación en la Parte B de Medicare es obligatoria bajo el Programa de Beneficios Médicos del Grupo BID para los miembros elegibles. Medicare es el programa de seguro médico y hospitalario patrocinado por el gobierno de los Estados Unidos. Usted y sus dependientes

son elegibles y deben inscribirse en Medicare a los 65 años (o tres meses antes de cumplir 65 años) si cumple con uno de los siguientes criterios:

Los ciudadanos estadounidenses o los residentes permanentes de los EE. UU. que hayan trabajado durante al menos diez años en los EE. UU. antes de ingresar al Grupo BID, y hayan pagado impuestos estadounidenses durante ese período, deben inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Note que no hay una prima de la Parte A de Medicare para estos miembros elegibles.

Los residentes permanentes (titulares de la tarjeta verde) que tenían una visa G4 al momento de su retiro del Grupo BID y que cumplan con el requisito de cinco (5) años de residencia continua en los EE. UU. deben registrarse ÚNICAMENTE para la Parte B de Medicare. **Tenga en cuenta que el tiempo pasado bajo una visa G4 califica para el requisito de residencia de Medicare de 5 años.**

La Parte A de Medicare paga una parte del costo de la atención en hospitales, centros de enfermería especializada, hospicios y algunos cuidados de salud en el hogar. De nuevo, no hay prima para la Parte A de Medicare para miembros elegibles.

La Parte B de Medicare paga una parte del costo de los cargos de los médicos, la atención hospitalaria para pacientes ambulatorios y algunos otros servicios médicos que la Parte A no cubre. Hay un costo de prima mensual para la Parte B de Medicare, que le será reembolsado por el Grupo BID.

Tenga en cuenta que si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía y es posible que deba esperar hasta el próximo Período de Inscripción general anual de Medicare para hacerlo. Este período típicamente transcurre

entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año.

Cuando reciba su tarjeta de identificación de Medicare, debe enviar una copia a HRD/INS para que su afiliación a Medicare pueda registrarse correctamente.

Si es un ciudadano de los EE. UU. que ha comenzado a recibir un pago mensual del Seguro Social del gobierno de los EE. UU., su prima de la Parte B de Medicare se deduce de ese pago mensual. Si no está cobrando pagos del Seguro Social, recibirá una factura trimestral por la prima de la Parte B directamente de Medicare.

2.7.1 COMO INSCRIBIRSE EN MEDICARE

A los 65 años (o 3 meses antes de cumplir 65 años):

- Si es ciudadano estadounidense o residente de los EE. UU. que trabajó en los EE. UU. durante al menos diez años antes de ingresar al Grupo BID y pagó impuestos estadounidenses durante ese período, debe inscribirse en la Parte A de Medicare (para la cual no hay prima) y en la Parte B.
- Si tiene el estatus de residente permanente, debe inscribirse solo en la Parte B de Medicare. Los residentes permanentes NO deben inscribirse en la Parte A de Medicare, incluso si un representante del Seguro Social le informa que puede inscribirse y pagar una prima por la Parte A. Usted no necesita inscribirse en la Parte A de Medicare y el Grupo BID no le reembolsará ningún costo por la prima de la Parte A.

Los miembros del Plan del Grupo BID NO deben comprar la Parte C de Medicare (plan “Medicare Advantage”). Ya tienen las coberturas provistas bajo un plan Medicare Advantage. A los miembros no se les reembolsará ninguna prima o costo del

plan de Medicare Advantage.

Los miembros del Plan de Grupo BID NO deben inscribirse en la Parte D de Medicare tampoco (programa de medicamentos de farmacia). Usted no necesita esta cobertura y no se le reembolsará ningún costo por la prima de la Parte D de Medicare.

Usted puede inscribirse en Medicare llamando a la oficina principal de la Administración del Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213 para programar una cita telefónica o en persona o programando una cita telefónica o en persona en una oficina cerca de su hogar. Usted puede ubicar el número de teléfono de su oficina local de la SSA en “Búsqueda de código postal” en la página web del Seguro Social en www.SSA.gov.

La inscripción en línea también está disponible; sin embargo, si cambió de estatus de visa G4 a estatus de residente permanente cuando se jubiló del Grupo BID, DEBE solicitar una cita telefónica o en persona porque el sistema de registro en línea del Seguro Social no acepta su tiempo real como residente permanente para permitir que se complete el proceso de registro. Si es residente permanente y el representante del Seguro Social con el que habla no acepta su información sobre el tiempo que estuvo bajo la visa G4 para cumplir con el requisito de residencia de 5 años, usted debe preguntar el nombre, la ubicación de la oficina y el número de teléfono del agente que lo atendió, y avisar a HRD/INS, la cual le proporcionará una carta formal que documenta que los años en estatus G4 se consideran como de residente permanente a los efectos de su aplicación, respaldando así su proceso de registro.

Los ciudadanos estadounidenses que se inscriban en línea deben asegurarse de que están solicitando SOLAMENTE los beneficios de Medicare y no los beneficios de pensión del Seguro Social, a menos que

planeen comenzar a recibir sus beneficios del Seguro Social también a los 65 años. Tenga en cuenta que la mayoría de los ciudadanos estadounidenses no son elegibles para recibir el monto total de los beneficios del Seguro Social hasta los 67 años o más. Registrarse para los beneficios de pensión del Seguro Social es un proceso separado con reglas y requisitos específicos. Debe revisarlos detenidamente si es o será elegible para recibir los beneficios del Seguro Social en los EE. UU.

2.7.2 REEMBOLSO DE LA PRIMA DE LA PARTE B DE MEDICARE

El Banco le reembolsará el costo de la(s) prima(s) de la Parte B de Medicare para usted y sus dependientes elegibles. Para recibir el reembolso, debe completar los siguientes pasos:

- Debe proporcionar su número de identificación de Medicare y los de sus dependientes elegibles a HRD/INS tan pronto como los reciba.
- Un miembro del equipo HRD/INS recopilará los números de Seguro Social de sus dependientes elegibles (cónyuge, padre, hijos) por teléfono y los cargará inmediatamente en sus registros. No se obtendrá ninguna copia física de su tarjeta de Seguro Social y el Equipo de Bienestar y Beneficios de Salud de HRD no conservará ningún registro secundario de la misma. Se requiere un registro del número de Seguro Social para que el banco obtenga un subsidio de Medicare del gobierno de los EE. UU. que cubra parcialmente el reembolso de la prima.
- Al recibir esta información, HRD/INS lo registrará en el sistema del Grupo BID como elegible para recibir el reembolso de la prima de la Parte B de Medicare y le enviará el Formulario de Solicitud de Reembolso.
- El BID ha contratado a P&A Group, una firma externa, para administrar el proceso de reembolso

de la Parte B de Medicare en nombre del Grupo BID.

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO

Reembolso Mensual

Para recibir el reembolso mensual, debe enviar a P&A Group un formulario de solicitud completo para usted y un formulario separado para sus dependientes elegibles, si corresponde, junto con una copia de la carta que recibe anualmente de la Administración del Seguro Social que muestra el monto de su prima para el próximo año, si está recibiendo pagos mensuales del Seguro Social; o una copia de la “Factura de la prima de Medicare” trimestral, si no recibe beneficios del Seguro Social, que indique su prima mensual o trimestral de la Parte B de Medicare del año en curso. No debe enviar una copia de su tarjeta de Medicare a P&A Group.

Puede enviar su solicitud de reembolso por correo o fax a la siguiente dirección:

P&A Group-Flex Department
Attn: IDB Group Premium Reimbursement
17 Court Street, Suite 500,
Buffalo, New York 14202
Teléfono: (716) 463-2541
Fax: 1-855-362-7711

También puede configurar una cuenta en línea en el sitio web del Grupo P&A y enviar su documentación en línea:

Web: www.padmin.com

Reembolso por Adelantado

HRD/INS ha establecido un programa especial con el Grupo P&A que está disponible SOLAMENTE para los miembros que reciben facturas trimestrales de primas de Medicare y que nunca recibirán beneficios

del Seguro Social (aplicable a la mayoría de los extitulares de visas G4). Estos miembros tienen la oportunidad una vez al año de inscribirse en un programa de tarjeta de débito prepaga a través del Grupo P&A. Una vez realizada esta elección, sólo podrá modificarse en el próximo período de inscripción anual. Comuníquese con HRD/INS para obtener información sobre cómo y cuándo registrarse para este programa.

Importante: si usted (o su dependiente) no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando es elegible, tendrá reembolsos más bajos en sus reclamos por servicios médicos. Se le reembolsará como si estuviera inscrito en la Parte B de Medicare, lo que significa que la parte de sus costos que habría cubierto Medicare se deducirá de su reembolso. El procesamiento de sus reclamos también puede retrasarse o sus reclamos pueden ser denegados.

2.7.3 DÓNDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN

El gobierno de los EE. UU. patrocina un número gratuito, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Una vez que esté conectado, puede iniciar el proceso de inscripción si es ciudadano de los EE. UU., solicitar publicaciones sobre Medicare o escuchar información pregrabada en inglés o español. También puede acceder a la página web de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

2.7.4 COORDINACIÓN CON BENEFICIOS MÉDICOS DE MEDICARE

Tan pronto como se inscriba en Medicare, es muy importante que entregue su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de beneficios médicos del Grupo BID de Cigna Healthcare a cada uno de sus proveedores, y que informe al proveedor que Medicare es su aseguradora principal o “primer pagador” y su plan del Grupo BID es su aseguradora secundaria o “segundo pagador”. Esto permitirá

que sus proveedores dentro de la red presenten sus reclamos correctamente..

Si es elegible para los beneficios de Medicare, el Plan Médico del Grupo BID brinda beneficios después de que Medicare paga su parte de los cargos cubiertos. Medicare será el pagador primario y el plan médico del Grupo BID será el pagador secundario.

El Plan Médico del Grupo BID paga el 100% del saldo de los gastos permitidos que quedan después de que Medicare paga el monto que cubre. Para los gastos elegibles que Medicare no cubre, el plan médico reembolsará los gastos permitidos a los niveles de cobertura estándar del plan.

Tenga en cuenta que si es miembro de Cigna Global con Medicare y recibe atención médica en los EE. UU. o Puerto Rico, debe incluir la nota de liquidación/EOB que recibe de Medicare cuando presente su reclamo por el monto restante con Cigna Global, e indique claramente que es elegible para la cobertura de Medicare.

2.7.5 USO DE PROVEEDORES QUE NO PARTICIPAN EN MEDICARE

La mayoría de los proveedores de EE. UU. participan en el programa Medicare. Si es elegible para Medicare, pero su proveedor no participa en el programa de Medicare, el Plan Médico del Grupo BID reembolsa sus gastos elegibles como si no estuviera cubierto por Medicare. Hay varios escenarios diferentes que pueden ocurrir al presentar reclamaciones y pagar a sus proveedores cuando tiene Medicare, dependiendo de si: i) su proveedor está dentro o fuera de la red de Cigna Healthcare; ii) su proveedor no participa en Medicare para algunos o todos los servicios; y iii) su proveedor se ha “excluido” por completo de Medicare.

Es muy importante que informe a todos sus proveedores de EE. UU., incluidos médicos, hospitales

y otros proveedores de atención médica, que Medicare es su “primer pagador” y Cigna Healthcare es su “segundo pagador”, para que sus proveedores presenten sus reclamos correctamente y pueda ocurrir el proceso denominado “Coordinación de Beneficios”, lo que permite que Cigna Healthcare pague el monto restante adecuado después de que Medicare haya pagado el monto autorizado por los servicios cubiertos.

Cuando usa proveedores que están dentro de la red con Cigna Healthcare y que también son proveedores participantes con Medicare (estos proveedores “aceptan la asignación de Medicare”), su proveedor debe presentar sus reclamos electrónicamente sin problemas, si ha proporcionado la información del pagador indicado anteriormente en el orden correcto. Si tiene un monto de coaseguro aplicable al tipo de servicio que recibe, su proveedor generalmente lo cobrará en el momento de su cita.

Si usa proveedores que están dentro de la red con Cigna Healthcare y que participan con Medicare para algunos servicios, pero no participan con Medicare para otros servicios determinados, el proveedor aún debe presentar su reclamo electrónicamente con Medicare y con Cigna Healthcare. Los proveedores pueden optar selectivamente por participar con Medicare para los servicios individuales que brindan según el Código CPT (terminología procesal actual) de cada servicio, por lo que es posible que su proveedor “acepta la asignación de Medicare” para algunos servicios, pero “no participa” para otros servicios. También puede tener un monto de coaseguro adeudado con su proveedor, según el tipo de servicio que recibió, si su proveedor no lo cobró en el momento de su cita.

Si usa proveedores que están fuera de la red de Cigna Healthcare, pero participan con Medicare, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de Medicare que muestra

lo que Medicare pagó al proveedor después de que el proveedor lo presente electrónicamente con Medicare. En este caso, DEBE enviar la EOB de Medicare a Cigna Healthcare junto con su formulario de reclamo y factura/documentación para recibir el reembolso del saldo que se le debe después de que Medicare haya pagado su parte de la factura y usted le haya pagado a su proveedor cualquier saldo remanente por coaseguro. Cigna Healthcare no tiene forma de saber cuál fue el pago de Medicare en este caso, ni Cigna Healthcare recibirá directamente la EOB de Medicare. Por lo tanto, usted debe enviarla con su reclamo. En este escenario, su proveedor también puede, como cortesía, presentar su reclamo electrónicamente con Cigna Healthcare, aunque el proveedor no está obligado a hacerlo. Si esto ocurre, Cigna Healthcare retendrá su reclamo hasta que reciba su EOB de Medicare. Debería recibir un aviso de Cigna Healthcare de que “se necesita más información” para pagar su reclamo, y le solicita que proporcione una copia de la EOB de Medicare. También puede tener un monto de coaseguro adeudado con su proveedor, según el tipo de servicio que recibió, si su proveedor no lo cobró en el momento de su cita.

Si su proveedor está dentro de la red de Cigna Healthcare, pero se ha “excluido” por completo de Medicare, lo que significa que el proveedor no acepta Medicare en ningún caso, su proveedor presentará su reclamo ante Cigna Healthcare y le enviará una copia de su “carta de exclusión voluntaria” de Medicare junto con su reclamo. Cigna Healthcare procesará su reclamo, menos cualquier monto de coaseguro aplicable, como un reclamo dentro de la red.

Cuando su proveedor está fuera de la red de Cigna Healthcare y ha optado por no participar en Medicare, usted debe pagarle a su proveedor el monto total que le debe y luego presentar su solicitud de reembolso ante Cigna Healthcare.

DEBE pedirle a su proveedor una copia de su “Carta de Exclusión Voluntaria” de Medicare para presentarla con su solicitud de reembolso, ya que Cigna Healthcare no tendrá información sobre el estado de Medicare de su proveedor.

El cuadro a continuación resume los diversos escenarios para la presentación de reclamos con Medicare.

Situación	Acción	Pago
Su proveedor está dentro de la red y participa con Medicare (“acepta la asignación de Medicare”)	Su proveedor presentará electrónicamente su reclamo ante Medicare y se transferirá automáticamente a Cigna Healthcare.	<p>Pague sólo el coaseguro, si lo hay, al momento del servicio</p> <p>Medicare paga su parte aprobada directamente al proveedor y Cigna Healthcare paga el saldo restante directamente al proveedor.</p> <p>Si tenía un coaseguro aplicable y no lo pagó de su bolsillo en el momento de su cita, es posible que reciba una factura de su proveedor por ese monto.</p>

Su proveedor está dentro de la red, pero no participa con Medicare para ciertos servicios y sí participa para otros servicios. (Esto significa que su proveedor elige no aceptar las tarifas negociadas de Medicare para algunos servicios, pero las acepta para otros.)

Su proveedor está dentro de la red, pero ha “optado por no participar” en Medicare

Su proveedor presentará electrónicamente su reclamo ante Medicare y se transferirá automáticamente a Cigna Healthcare.

Su proveedor presentará electrónicamente su reclamo con Cigna Healthcare e incluirá su “Carta de Exclusión Voluntaria” de Medicare

Pague sólo el coaseguro, si lo hay, al momento del servicio

Para los servicios para los cuales su proveedor no participa en Medicare, Medicare le enviará un cheque por la parte aprobada para cualquier servicio “no participante” y Cigna Healthcare luego le enviará un cheque por el saldo restante. ***DEBE PAGAR ESTAS CANTIDADES A SU PROVEEDOR.***

Para los servicios en los que su proveedor participa con Medicare, Medicare paga su parte directamente a su proveedor y Cigna Healthcare paga el saldo restante directamente a su proveedor.

Si tenía un coaseguro aplicable y no lo pagó de su bolsillo en el momento de su cita, es posible que reciba una factura de su proveedor por ese monto.

Pague sólo el coaseguro, si lo hay, al momento del servicio

Cigna Healthcare pagará directamente al proveedor; menos cualquier coaseguro aplicable que pueda tener.

Si tenía un coaseguro aplicable y no lo pagó de su bolsillo en el momento de su cita, es posible que reciba una factura de su proveedor por ese monto.

Su proveedor está fuera de la red de Cigna Healthcare, pero sí participa en Medicare

Su proveedor presentará electrónicamente su reclamo solamente a Medicare, y debe presentar un reclamo directamente con Cigna Healthcare por el saldo después de que pague Medicare.

Su proveedor presentará electrónicamente su reclamo ante Medicare y, como cortesía, puede optar por presentar también su reclamo electrónicamente ante Cigna Healthcare.

Su proveedor está fuera de la red de Cigna Healthcare, y no participa en Medicare (ha “optado por no participar”)

Su proveedor puede presentar su reclamo ante Cigna Healthcare como cortesía, junto con una copia de su carta de exclusión voluntaria de Medicare, pero no está obligado a hacerlo.

Su proveedor elige no presentar reclamos con ningún seguro/pagador en absoluto.

El pago al momento del servicio depende del proveedor

Recibirá una “EOB” de Medicare que muestra la cantidad que Medicare le pagó a su proveedor. Debe enviar la EOB de Medicare a Cigna Healthcare junto con su reclamo por el saldo adeudado.

En este caso, Cigna Healthcare no procesará el reclamo del proveedor hasta que le proporcione a Cigna Healthcare una copia de la EOB de Medicare que recibió. Cigna Healthcare no tiene forma de obtener esta información de Medicare, por lo que Cigna Healthcare dejará pendiente su reclamo para obtener “más información” y le enviará una EOB pidiéndole que envíe la EOB de Medicare para que el saldo del reclamo pueda pagarse correctamente al proveedor.

El pago al momento del servicio depende del proveedor

Cigna Healthcare pagará el cargo máximo permitido del reclamo directamente al proveedor, menos cualquier coaseguro/copago aplicable.

En este caso, debe pagar a su proveedor de su bolsillo y presentar usted mismo un reclamo de reembolso ante Cigna Healthcare. En este caso, DEBE solicitar una copia de la carta de exclusión voluntaria de Medicare de su proveedor para presentarla con su reclamo.

SECCIÓN 3

PLAN DE MEDICAMENTOS

SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico, su beneficio de medicamentos recetados para recetas surtidas en los EE. UU. o Puerto Rico es administrado por Express Scripts. Si obtiene un medicamento recetado fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, pagará por el medicamento recetado y presentará un reclamo ante Cigna Healthcare para obtener un reembolso.

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico, cuando surta recetas en una farmacia dentro de la red de Express Scripts, deberá mostrar su tarjeta de identificación de Express Scripts. A usted se le cobrará el copago aplicable que se presenta en el cuadro más abajo.

Si reside fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, sus beneficios de medicamentos recetados son administrados por Cigna Global. Para recetas surtidas en cualquier país fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, usted pagará su por su receta y presentará un reclamo ante Cigna Global para obtener un reembolso. Se le reembolsará el costo de la receta, menos el copago estándar de US\$5.00 por un suministro de hasta 30 días. Si obtiene recetas mientras se encuentra en los EE. UU. o Puerto Rico, utilizará su tarjeta de identificación de Cigna Global para comprar recetas en cualquier farmacia dentro de la red de Express Scripts. (Cigna Global accede a la red de farmacias de Express Scripts en los EE. UU.) Se le cobrará el copago aplicable que se muestra en el cuadro a continuación para los medicamentos recetados que se despachen en los EE. UU. La mayoría de las principales cadenas de farmacias de los EE. UU. forman parte de la red de Express Scripts utilizada por Cigna Global. Si usa una farmacia que no está en la red de Express Scripts, deberá pagar su receta y presentar una solicitud

de reembolso ante Cigna Global.

3.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS EN EE.UU. O PUERTO RICO

El plan de Medicamentos Recetados ofrece cobertura para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. El Plan incluye “la sustitución obligatoria por genéricos.” Esto significa que, cuando un medicamento esté disponible ya sea en su forma genérica o de marca, su farmacéutico lo dispensará automáticamente en forma genérica. Un medicamento genérico es el que contiene los mismos ingredientes activos y produce los mismos beneficios terapéuticos que el medicamento de marca equivalente que se vende a un costo mayor. Los medicamentos genéricos ingresan al mercado cuando caduca la patente de los medicamentos de marca. Si solicita un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, los costos de su receta serán más altos. Pagará el copago del genérico más la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico.

La excepción a la regla de sustitución obligatoria por genéricos en EE.UU. o Puerto Rico ocurre solo cuando su médico indica en la receta que el farmacéutico debe dispensar el medicamento exactamente como indica la receta, ósea como una droga de marca. Para esto, los médicos a menudo usan el término “DAW” que es el acrónimo del inglés “Dispense as Written”.

3.2 COMPRA DE MEDICAMENTOS POR CORREO/A DOMICILIO

Si usted reside en los EE. UU. o Puerto Rico, Express Scripts Home Delivery Pharmacy (solo en los EE. UU.) ofrece una opción de pedido por correo cuando tiene recetas para medicamentos que necesita con regularidad para tratar una afección

crónica (es decir, medicamentos para la diabetes, para prevenir enfermedades cardiovasculares, para reducir el colesterol o para tratar otras enfermedades crónicas).

Cuando utiliza el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts, normalmente recibirá un suministro de medicamentos de mantenimiento por hasta 90 días. Tenga en cuenta que estos medicamentos también se pueden dispensar por un suministro de hasta 90 días en farmacias minoristas.

Para usar la opción de pedido por correo, comuníquese con Express Scripts Home Delivery Pharmacy al 1-855-521-0824, o inicie la entrega a domicilio en la página web de Express Scripts.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico, la opción de pedido por correo no está disponible porque las leyes de los EE. UU. no permiten que los vendedores de medicamentos envíen medicamentos con receta al extranjero.

Lo más pronto que puede solicitar un resurtido es cuando se usa 75% del medicamento disponible (por ejemplo, para una receta de 90 días, los resurtidos se pueden procesar después de 68 días). Si usa la entrega a domicilio, usted puede solicitar un resurtido después de que se haya usado el 70% de su medicamento disponible (por ejemplo, para una receta de 90 días, los resurtidos se pueden procesar después de 63 días).

3.3 COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

En EE. UU. o Puerto Rico	Copago compra en farmacias por hasta 30 días de suministro*	Copago envío de medicamentos por correo 90 días de suministro**
Nivel de Copago		
Genérico	US\$5	US\$10
Medicamento de marca (preferencial)	US\$15	US\$30
Medicamento de marca (no-preferencial)	US\$30	US\$60
Medicina especializada	US\$40	US\$80

*El copago por un suministro de 90 días en una farmacia minorista es tres (3) veces el “Copago por Suministro Minorista de hasta 30 días”, teniendo en cuenta los niveles de copago del plan.

**Copago de US\$0 en EE.UU. o Puerto Rico para pedido por correo de marcas genéricas y preferidas en la lista de medicamentos preventivos de Express Scripts para enfermedades crónicas, como presión arterial alta, colesterol alto, diabetes, asma, osteoporosis, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, dejar de fumar, malaria, obesidad, deficiencia nutricional prenatal y otras condiciones crónicas. Los anticonceptivos también están cubiertos con un copago de US\$0 en los pedidos por correo.

El límite máximo de por vida para drogas relacionadas con infertilidad es de \$20.000.

Medicamentos Lifestyle (p. ej., disfunción eréctil, impotencia): Límite de 4 pastillas al mes.

Si obtiene una receta en una farmacia fuera de la red en los EE. UU. o Puerto Rico, debe pagar por su receta el costo total y someter una solicitud de reembolso con Express Scripts. Tenga en cuenta que se le reembolsará solo un 50% del monto que pagó por la prescripción.

Fuera de EE.UU. o Puerto Rico**Copago compra
en farmacias por
hasta 30 días de
suministro*****Copago envío de
medicamentos por correo
90 días de suministro****Co-pago**

US\$5

N/A

*El copago por un suministro de 90 días en cualquier farmacia minorista es tres (3) veces el “Copago por suministro minorista por hasta 30 días”, que fuera de EE. UU. y Puerto Rico es de US\$5.

El límite máximo de por vida para drogas relacionadas con infertilidad es de US\$20.000.

Medicamentos Lifestyle (p.ej., disfunción eréctil, impotencia): Límite de 4 pastillas al mes.

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico y viajará por períodos prolongados, puede comunicarse con Express Scripts y solicitar una dispensa por vacaciones para obtener un suministro de su medicamento para más de 90 días.

3.4 SERVICIOS NO CUBIERTOS

El Plan de Medicamentos Recetados no paga por:

- Medicamentos o sustancias experimentales no aprobados por las autoridades nacionales pertinentes donde se realiza su tratamiento (p. ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos-FDA-en el caso de los EE. UU.).
- Medicamentos cuya etiqueta indique: “Atención- Uso Restringido por Ley Federal/Nacional con Fines de Investigación”.
- Medicamentos de venta libre.
- Vitaminas recetadas, excepto vitaminas prenatales, ciertas vitaminas que son parte del tratamiento del cáncer o tratamientos de condiciones médicas críticas y vitaminas en grandes dosis asociadas con severas deficiencias de esas vitaminas por el paciente.
- Suplementos nutricionales herbales o alimenticios. Alimentos medicinales o vitaminas disponibles de venta libre.
- Cualquier medicamento que no contenga ingredientes químicos. Pastillas / suplementos, cuya composición contiene ingredientes naturales, no serán cubiertas independientemente de cómo se presente la marca en diferentes países.
- Productos homeopáticos, pastillas y

medicamentos.

- La medicina china.
- Recetas cosméticas.
- Fitoterapia.
- Tónicos capilares y champús especiales.
- Pastas dentales especiales.

3.5 PROGRAMAS ESPECIALES

Ciertos medicamentos de terapia genética de muy alto costo están cubiertos por el programa Embarc, un programa especial que debe coordinarse con Cigna Healthcare a través del proveedor médico solicitante. Las solicitudes se evalúan según la necesidad médica, y los medicamentos aprobados bajo este programa deben administrarse solo en las instalaciones autorizadas de Embarc.

SECCIÓN 4

PLAN DE VISIÓN

SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN

El Plan de Visión ofrece beneficios para el cuidado rutinario de la visión para usted y sus familiares cubiertos. Los copagos por los servicios de la vista no se aplican al deducible ni al desembolso máximo del Plan Médico.

4.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN PARA EL CUIDADO DE LA VISIÓN

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Healthcare administra sus beneficios de visión. Si necesita servicios de visión fuera de los EE. UU. o Puerto Rico durante un viaje de negocios o personal, usted debe pagar de su bolsillo y presentará un reclamo ante Cigna Healthcare para obtener un reembolso. Tenga en cuenta que fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, se aplican los máximos dentro de la red de los EE. UU. para el cuidado de la vista y los materiales, como se refleja en la segunda columna del cuadro de la Sección 4.3.

En los EE. UU. o Puerto Rico, cuando reciba servicios de visión por un proveedor dentro de la red, deberá mostrar su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare. Se le pedirá que pague cualquier copago o coaseguro aplicable. Cuando recibe servicios de la vista en un proveedor fuera de la red, pagará de su bolsillo por los servicios que reciba y someterá un reclamo, con la respectiva receta y factura pagada, a Cigna Healthcare para obtener su reembolso. El cuadro que se presenta más adelante ilustra los máximos de cobertura dentro y fuera de la red que se aplican para el cuidado de la vista y los materiales en los EE. UU. o Puerto Rico.

Tenga en cuenta que en los EE. UU. o Puerto Rico, la red de proveedores de anteojos del administrador del plan ofrece exámenes, anteojos y lentes de contacto a precios de descuento. Puede encontrar información adicional y un directorio de proveedores en la página web del administrador del plan.

Si reside en los EE. UU. o Puerto Rico, llame a Cigna Healthcare al 1 800-432-3637 si tiene preguntas sobre el plan de visión, beneficios y la red de proveedores. Además, puede visitar la página web de Cigna Healthcare o descargar la aplicación myCigna si necesita ayuda para encontrar proveedores de atención de la vista dentro de la red en los EE. UU. o Puerto Rico.

Si reside fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Global administra sus beneficios de visión. Usted pagará de su bolsillo por los servicios que reciba y someterá un reclamo, con la correspondiente receta y factura pagada, a Cigna Global para su reembolso. Tenga en cuenta que si usted reside fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, aplican los máximos dentro de la red para el cuidado de visión y los materiales, donde quiera que reciba servicios, como se refleja en la segunda columna del cuadro de la Sección 4.3.

4.2 FRECUENCIA DE SUS BENEFICIOS

Todos los beneficios del Plan de Visión se ofrecerán sobre la base de año calendario. Es decir, cada año calendario, usted tendrá cobertura para un nuevo examen de visión. Igualmente funciona para marcos, lentes prescritos y lentes de contacto prescritos.

Una vez que haya utilizado los beneficios de su plan anual de visión, debe esperar hasta el próximo año calendario antes de que el plan vuelva a pagar los beneficios por los mismos servicios.

Algunas condiciones de cuidado de visión son cubiertas bajo servicios médicos. Los tipos más comunes son: cataratas, glaucoma, y conjuntivitis. Lesiones en el ojo son también cubiertas bajo servicios médicos. Para más información, contacte a Cigna Healthcare, en EE. UU. o Puerto Rico, o Cigna Global, fuera de EE. UU. o Puerto Rico.

4.3 CUADRO DE BENEFICIOS DEL PLAN DE VISIÓN

Beneficio	Dentro de la RED, el Plan paga:	Fuera de la RED, el Plan paga:
Examen de la Visión	100%, después de US\$10 de copago	Hasta 70%
Lentes Mono-focales		Hasta US\$40
Lentes Bifocales		Hasta US\$65
Lentes Trifocales/ Progresivas	100%, después de US\$20 de copago	Hasta US\$75
Lentes lenticulares		Hasta US\$100
Lentes de Contacto: Terapéuticas	100%, sin copago	Hasta US\$210
Lentes de Contacto: Electivas	Hasta US\$ 250, sin copago	Hasta US\$176
Marcos*	Hasta US\$ 250	Hasta US\$120
Frecuencias**	Cada año calendario	

*El copago de US\$20 para marcos aplica solo cuando nuevos marcos son adquiridos para usar lentes existentes. Si el miembro del Plan paga US\$20 de copago para cualquier tipo de lentes que han sido prescritos, no se aplica un copago adicional para los marcos y aplica la asignación anual de \$250 para marcos.

**El período de 12 meses comienza cada 1 de enero (año calendario).

Tenga en cuenta que su beneficio cada año calendario es de un par de lentes de contacto prescrito ó una compra única de lentes de contacto prescritos desechables-además de beneficios de lentes prescritos y marco. En otras palabras, usted podrá recibir lentes de contacto prescritos y un marco con lentes prescritos en el mismo año de beneficio.

Si tiene preguntas sobre elegibilidad del plan para el cuidado de la visión o sus beneficios en EE. UU. o Puerto Rico, por favor llame el número +1 800-432-3637. Así mismo, por favor visite la página web de Cigna Healthcare o descargue su aplicación móvil si necesita asistencia para identificar proveedores dentro de la red en EE. UU. o Puerto Rico.

SECCIÓN 5
PLAN DENTAL

SECCIÓN 5. PLAN DENTAL

El Plan Dental cubre el cuidado preventivo de rutina y otros servicios incluyendo la ortodoncia.

Los tipos de atención dental que se muestran a continuación, siempre que se cobren a tarifas razonables y habituales y no excedan los montos que se habrían cobrado en ausencia del seguro, están cubiertos en diferentes niveles bajo el Plan Dental.

5.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN DENTAL

Para recibir cuidado dental, puede elegir el proveedor autorizado que más le guste.

5.1.1 USO DE PROVEEDORES DENTRO Y FUERA DE LA RED

Si usted reside en los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Healthcare ofrece una red de dentistas que prestan sus servicios a precios de descuento. Si usted usa un dentista de la red, lo que usted tiene que gastar de su propio bolsillo y el costo para el plan pueden ser más bajos.

Si usted no utiliza dentistas de la red, el Plan Dental todavía pagará el mismo porcentaje del costo para gastos elegibles.

■ Para cada tipo de servicio cubierto que necesita, el plan paga un porcentaje del costo total.

5.2 CUADRO DE SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Cuando usted requiera	El Plan Dental paga:	Ud. paga:
Preventivo y diagnóstico de atención, tales como: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de rutina y limpiezas (2 por año) Raspado periodontal y alisado radicular, y 2 visitas de mantenimiento por año después de un servicio periodontal importante Radiografías de toda la boca (cada 2 años) Radiografías Oclusales Radiografías panorámicas (cada 2 años) Aplicación de flúor (cada año para los menores de 19) Selladores (cada año para menores de 19 años-dientes posteriores solamente) Separadores (sólo para tratamientos que no son de ortodoncia) Atención de emergencia (para el alivio inmediato del dolor, seguida de una remisión para atención restaurativa adicional o cirugía oral) 	100%	0%

Cuando usted requiera	El Plan Dental paga:	Ud. paga:
Atención Restaurativa Básica, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Obturaciones • Tratamiento de conducto • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas • Extracciones simples (no quirúrgicas) 	80%	20%
Atención Restaurativa Mayor, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Coronas • Dentaduras postizas • Puentes • Aparatos de protección oclusal para el bruxismo 	50%	50%
Cirugía oral, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Extracciones quirúrgicas • Frenectomía • Cirugía ósea • Implantes* • Anestesia 	100%	0%
Ortodoncia	50% (hasta US\$2,500 máximo de por vida)	50%

*Los implantes para los pilares dentales están cubiertos al 100%, y no están sujetos a los máximos anuales del beneficio, mientras que la pieza final, la corona del implante, está cubierta al 50% por el Plan

Los montos de coaseguro que usted paga por servicios dentales no cuentan para deducibles y límites máximos del Plan Médico que son de su responsabilidad.

5.3 BENEFICIOS MÁXIMOS

Para los servicios cubiertos, excepto ortodoncia, el máximo de su beneficio es un límite anual fijo de US\$2.000 para los primeros dos años de afiliación al Plan. Luego, los beneficios máximos anuales aumentan a US\$4.000. Este límite se renueva cada año calendario.

Para beneficios de ortodoncia (como frenos dentales), el máximo beneficio es *de por vida*. Esto significa que el límite fijo en dólares no se renueva cada año.

5.4 PRE-DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando su dentista identifica que necesitará un trabajo que es más extenso que la atención de rutina, puede solicitar una predeterminación de beneficios del administrador del plan para que usted y su proveedor entiendan si los servicios que se brindarán generalmente están cubiertos por el plan y cuál será su porcentaje de cobertura.

5.5 COBERTURA DE DAÑOS POR ACCIDENTE

Si un accidente o lesión causara daño a sus dientes naturales y sanos usted estará cubierto por los beneficios, y los límites máximos anuales no aplican.

5.6 CUANDO COMIENZA EL TRATAMIENTO

En casi todos los casos, los tratamientos comienzan cuando su dentista u otro profesional dental comienza a realizarlos. Estas son las excepciones:

- Puentes Fijos, dentaduras postizas completas o parciales: el tratamiento comienza cuando se toman las primeras impresiones y / o cuando los dientes de retención están listos.
- Coronas, incrustaciones o empastes: el tratamiento comienza el primer día de la preparación del diente afectado.
- Tratamiento de conducto: El servicio comienza cuando se abre la cámara de la pulpa del diente afectado.

Estos servicios pertenecen a una categoría diferente porque a menudo requieren otros servicios relacionados que se consideran parte del mismo tratamiento.

Algunos servicios dentales tales como los relacionados con un accidente están cubiertos como servicios médicos. Para obtener más información, póngase en contacto con Cigna Healthcare o Cigna Global, según aplique en su caso.

5.7 GASTOS NO CUBIERTOS

El Plan Dental no paga por:

- Procedimientos o tratamientos experimentales no aprobados por las autoridades nacionales pertinentes o sociedades especializadas (p. ej.,

la Asociación Dental Estadounidense en el caso de los EE. UU. o Puerto Rico) donde se lleva a cabo su tratamiento.

- Servicios realizados sólo por razones cosméticas.
- Reemplazo de una pieza dental perdida o robada.
- Reemplazo de un puente, corona o prótesis dentro de los cinco años de la fecha en que fue originalmente instalada-a menos que necesite su reemplazo porque el original se ve afectado por: (a) colocación de otra dentadura postiza en la mandíbula opuesta; (b) extracción de dientes naturales; o (c) daño de la pieza original a consecuencia de una lesión.
- Reemplazo de un puente, corona o prótesis cuando el original se puede reparar de acuerdo con prácticas odontológicas habituales.
- Cualquier servicio que no cumpla con los estándares nacionales y profesionales establecidos de las prácticas dentales habituales.
- Cualquiera de los servicios que estén cubiertos bajo el Plan Médico.

SECCIÓN 6

SOLICITUD DE REEMBOLSO

SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO

6.1 RECLAMOS MÉDICOS, DENTALES Y DE VISIÓN

6.1.1 PARA MIEMBROS QUE RESIDEN EN EE.UU. O PUERTO RICO

Si utiliza la red de proveedores de Cigna Healthcare, no necesitará presentar un reclamo porque su proveedor lo presentará automáticamente en su nombre. Si usa un proveedor fuera de la red, o si obtiene servicios fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, usted deberá pagar por el servicio y someter una solicitud de reembolso a Cigna Healthcare.

Para la mayoría de los servicios médicos y dentales dentro de la red, no se espera que realice ningún pago en el momento en que reciba los servicios, aparte del monto del coaseguro establecido. Si el proveedor no cobra el monto del coaseguro al momento del servicio, o si alguna parte de su reclamo no está cubierta por el Programa de Beneficios Médicos del Grupo BID, recibirá una factura de su proveedor después que el administrador del plan, y Medicare, si aplica, hayan pagado al proveedor. Los proveedores fuera de la red requerirán que pague los servicios de su bolsillo y someta un reclamo de reembolso.

Puede enviar un reclamo médico a través del sitio web o la aplicación móvil myCigna, por correo electrónico, por fax o por correo postal. Las reclamaciones dentales pueden enviarse por fax o correo postal. Los reclamos de visión se pueden enviar a través de correo electrónico o el correo postal.

Información detallada sobre copagos, coaseguros y beneficios máximos para cada plan se describen en sus respectivas secciones.

Ningún proveedor dentro de la red debe pedirle que pague el costo total de los servicios. Si esto sucede, debe pedirle al proveedor que se comunique con Cigna Healthcare de inmediato. Los proveedores deben cobrar solo el monto del coaseguro o copago aplicable en el momento del servicio.

6.1.2 PARA MIEMBROS QUE RESIDEN FUERA DE LOS EE. UU. Y PUERTO RICO.

Para la mayoría de los servicios de rutina, deberá pagar de su bolsillo y someter un reclamo de reembolso ante Cigna Global. Puede presentar un reclamo por los servicios que pagó de su bolsillo a través de la página web Cigna Health Benefits, la aplicación móvil o por correo postal. Los reclamos no se pueden presentar por correo electrónico.

Si su proveedor opera bajo un esquema de despliegue de tarjeta (flash-the-card, en inglés), o ha aceptado una GOP por los servicios prestados, no tendrá que someter ningún reclamo ante Cigna Global. Su única responsabilidad será cualquier copago o coaseguro, si corresponde, que tendrá que cubrir al momento que le brinden el servicio.

6.2 RECLAMOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

6.2.1 PARA MIEMBROS QUE RESIDEN EN LOS EE. UU. O PUERTO RICO

Al utilizar farmacias afiliadas a la red de Express Scripts, usted no tendrá que presentar una solicitud de reembolso.

Cuando se utilizan las farmacias afiliadas a la red, su único gasto será el copago de la categoría o tipo de medicamento que está adquiriendo. Para más detalles acerca de copagos, consulte la sección de este manual titulada “Plan de Medicamentos Recetados”.

Si usa una farmacia fuera de la red, debe presentar un reclamo de reembolso con Express Scripts. Debe tener en cuenta que, en este caso, se le reembolsará solo el 50% del costo de su receta.

Si debe comprar un medicamento con receta cuando viaja fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, debe pagar de su bolsillo y someter una solicitud de reembolso ante Cigna Healthcare. Se le reembolsará el costo de la receta menos el copago estándar de US\$5.00 para un suministro de hasta por 30 días que aplica para recetas de medicamentos fuera de EE. UU. y Puerto Rico.

6.2.2 PARA MIEMBROS QUE RESIDEN FUERA DE LOS EE. UU. O PUERTO RICO.

Cuando compra medicamentos recetados, debe pagarlo de su bolsillo y someter un reclamo de reembolso ante Cigna Global.

Usted recibirá un reembolso por el costo del medicamento recetado menos los \$5 de copago por un suministro de hasta 30 días que aplica para prescripciones de medicamentos recetados fuera de los EE. UU. o Puerto Rico.

Cuando presente un reclamo de reembolso, siempre use el número de identificación de miembro que se muestra en su tarjeta, aunque algunos formularios pueden solicitar su número de Seguro Social. Guarde copias de sus reclamaciones y la documentación de respaldo hasta que usted o el proveedor hayan recibido el reembolso correspondiente.

6.3 PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS EN UN AÑO CALENDARIO

Usted debe presentar cualquier reclamo de pago relacionado con los servicios prestados durante un año calendario a más tardar hasta el 30 de

junio del año siguiente para calificar para el pago de beneficios. No hay excepciones para este requerimiento.

6.4 EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS/NOTA DE LIQUIDACION (EOB/SN)⁹

Para todos los reclamos sometidos por usted o por sus proveedores, usted recibirá una Explicación de Beneficios, (“EOB”, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, si usted reside en EE. UU. o Puerto Rico, o una Nota de Liquidación (Settlement Note – “SN”, por sus siglas en inglés) de Cigna Global, si usted reside fuera de EE. UU. y Puerto Rico. Su EOB/ SN mostrará cómo los cargos presentados fueron pagados por el plan, y qué parte (si la hubiera) le corresponde a usted (coaseguro).

Si usted tiene preguntas sobre su EOB/SN:

- Para **Cigna Healthcare**: puede llamar al servicio de atención al cliente al +1 800-432-3637. También puede revisar la información de su EOB en su cuenta personal en la página web www.my.cigna.com o en la aplicación móvil de Cigna Healthcare.
- Para **Cigna Global**: puede llamar al servicio de atención al cliente al +323 293 1859 en todo el mundo o al número gratuito de EE. UU.: +1 800 297 9983. También puede revisar la información de su SN en su cuenta personal de la página web www.cignahealthbenefits.com o en la aplicación móvil de Cigna Global.

6.5 PROVISIONES ESPECIALES

6.5.1 PAGO A MENORES DE EDAD

El reembolso de gastos por servicios prestados a una persona que es menor de edad se hará directamente al tutor legal del menor.

⁹Acrónimo del Inglés *Explanation of Benefits/Settlement Note*

6.5.2. EN CASO DE FALLECIMIENTO ANTES DE RECIBIR UN REEMBOLSO

En este caso, el administrador del plan puede hacer el pago directamente a los parientes vivos, incluyendo a su cónyuge, madre, padre, hija/o (s), hermanos o hermanas. El pago también puede ir a los albaceas testamentarios o administradores de su patrimonio.

6.5.3. RESPONSABILIDAD DEL BANCO

Los pagos descritos anteriormente absolverán al Banco de toda responsabilidad sobre los mismos.

SECCIÓN 7

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

El Programa de Beneficios Médicos incluye límites de cobertura y exclusiones para ciertos gastos. En esta sección se enumeran los límites generales y exclusiones que se aplican al programa.

7.1. SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA

Los planes del Programa no cubren:

- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Atención, tratamientos o cirugías innecesarias.
- Gastos por servicios de proveedores no afiliados a la red que excedan el Cargo Máximo Rembolsable (MRC), o el Cargo Razonable y Habitual (R&C).
- Gastos que son ilegales en la localidad donde usted vive.
- Gastos que usted no está legalmente obligado a pagar.
- Gastos que no se hubieran cobrado si usted no estuviera cubierto bajo los planes del Grupo BID.
- Gastos incurridos en un hospital que es propiedad o está gestionado por un gobierno nacional/local, a menos que: a) exista una obligación legal de pagar los gastos; o b) los gastos están relacionados con el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar.
- Gastos por servicios de custodia o por servicios de educación o capacitación que no se consideran servicios terapéuticos médicamente necesarios.
- Gastos relacionados con las actividades de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés), incluidos, entre otros, los siguientes:
 1. Higiene personal baño, aseo y cuidado bucal;
 2. Vestirse-la capacidad de tomar decisiones apropiadas de ropa y vestirse físicamente uno mismo;
 3. Comer-la capacidad de alimentarse, aunque no necesariamente para preparar

los alimentos;

4. Mantener la continencia-tanto la habilidad mental como física para usar un baño; y
5. Transferencia-moviéndose de sentado a pie y entrar y salir de la cama; todos los cuales se consideran como servicios

- Gastos que son elegibles para reembolso en virtud de un programa de salud pública patrocinado por un gobierno nacional, o un tipo similar de programa patrocinado por un gobierno estatal/local.
- Medicamentos de venta libre o cualquier otro suministro de venta libre.
- Gastos presentados por cualquier proveedor que es miembro de su familia, o la familia de alguno de sus dependientes cubiertos.

7.2 COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO VS COBERTURA PARA AUTOMÓVILES

Si usted o uno de sus familiares cubiertos, se lesiona en un accidente de automóvil, puede tener derecho a beneficios bajo ciertas provisiones incluidas en las pólizas de seguro de auto. Estas provisiones se incluyen para cumplir con las leyes que exigen un seguro “no fault” y leyes para motorista no asegurado.

Si alguna de estas disposiciones se aplica a su situación, el reembolso de sus gastos médicos deberá ser atendido en primera instancia por la cobertura de su póliza de seguro de automóvil.

7.3 SUBROGACIÓN

Si usted se enferma o sufre lesiones por incumplimiento o negligencia de otra persona u organización, un tercero (por ejemplo, una compañía de seguros) podría estar obligado o tener la responsabilidad legal de cubrir los gastos incurridos por el participante y sus dependientes cubiertos. Los beneficios también pueden ser pagaderos bajo un plan del Grupo BID para tales gastos.

En esta situación, si un plan del Grupo BID y un tercero pagan los gastos por usted o uno de sus dependientes cubiertos, se llevará a cabo un proceso llamado “subrogación”. La subrogación es un proceso legal que le da derecho al plan del Grupo BID a recuperar los pagos que hizo por los gastos que un tercero estaba obligado a pagar.

Para efectos de reglas de subrogación, un “tercero” es la definición de cualquier persona o entidad- incluyendo sus compañías aseguradoras-que causen enfermedad o lesiones al participante o sus dependientes cubiertos.

En su proceso para recobrar el pago, el Grupo BID puede requerir que usted haga entrega de toda la información y documentación relacionada con los gastos en que se haya incurrido a raíz de la enfermedad o lesión que fuera ocasionada por un tercero.

7.4 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

7.4.1 CUANDO USTED TIENE OTRA COBERTURA DE SEGURO

Esta sección describe como los Planes Médico, Dental y de Visión del Grupo BID pagan beneficios si usted (o uno de sus familiares cubiertos) tiene cobertura bajo otro plan médico de grupo.

Cuando usted está cubierto por los Planes del Grupo BID y simultáneamente por otro plan o programa- por ejemplo, el plan médico del empleador de su cónyuge- el plan del Grupo BID “coordinará” los beneficios con esos otros planes.

Coordinación de beneficios quiere decir que se han de reducir los beneficios bajo uno de los planes para evitar que la suma de beneficios pagaderos por todos los planes exceda el 100% de los gastos permitidos en relación con una solicitud de reembolso.

7.4.2 BENEFICIOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Cuando dos o más planes coordinan beneficios, un plan paga primero. Para determinar qué plan paga primero, el Grupo BID aplica reglas de determinación de beneficios. Estas normas establecen el plan primario, que es el plan que paga en primer término, y el plan secundario, que paga después que el primer plan haya reembolsado su parte correspondiente.

7.4.3 CUANDO EL PLAN DEL GRUPO BID ES PRIMARIO

Cuando las reglas de determinación de los beneficios indiquen que el Plan del Grupo BID es primario, el Programa pagará beneficios como si no hubiese otra cobertura secundaria.

7.4.4 CUANDO EL PLAN DEL GRUPO BID ES SECUNDARIO

Cuando las reglas de determinación de beneficios indiquen que el plan del Grupo BID es secundario, los beneficios del Grupo BID se reducirán para que la suma de los beneficios pagaderos bajo todos los planes (primario y secundario) no exceda el 100% de los gastos permitidos.

7.4.5 REGLAS DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Para establecer los planes primario y secundario, el Grupo BID sigue reglas estandarizadas, como se describe a continuación:

- El plan que cubre al reclamante como titular (o, en otras palabras, no como dependiente) es primario, y cualquier otro plan que cubra al reclamante como dependiente, es secundario.
- La “Regla del Cumpleaños”. Cuando un dependiente está cubierto por el Plan del Banco y bajo otro plan, la “regla del cumpleaños”

determina el plan primario. La regla del cumpleaños establece que el plan de la persona cuyo cumpleaños tiene lugar más temprano en el año calendario es el plan primario.

En ciertos casos, hay excepciones a esta regla:

- Si el otro plan no usa la regla del cumpleaños, entonces la regla alternativa de ese plan va a determinar el plan primario.
- Si el reclamo es para hija/o dependiente de padres divorciados o separados, entonces, las reglas de determinación toman en cuenta las resoluciones o fallos judiciales que asignan la responsabilidad financiera para beneficios.

Fallos Judiciales

- Para una hija/o dependiente de padres divorciados o separados, los fallos judiciales que sean aplicables determinan el plan primario. Si un fallo judicial adjudica responsabilidad financiera por beneficios médicos, dentales o de otro tipo, entonces el plan de la persona mencionada en el fallo judicial será primario.
- El plan del padre o madre que tenga custodia será el plan primario y el plan del padrastro o madrastra será secundario.
- El plan del padre o madre que tenga custodia será el primario y el plan de un padre o madre sin custodia será secundario.

Periodo de la cobertura de dependientes

Cuando el plan primario no haya sido aún establecido, las reglas de determinación de beneficios se rigen por el período de tiempo que el dependiente ha estado cubierto bajo un Plan del Grupo BID, y por el tiempo que el dependiente ha estado cubierto por otro plan. El plan que haya cubierto al dependiente por el período más largo será el plan primario.

Existen algunas excepciones a esta regla:

- El plan de un empleado activo será el primario, y el plan de una persona desempleada, retirada, o que se haya convertido en dependiente del empleado activo, será el secundario.
- Si el otro plan no se rige por la regla que establece que el empleado activo es quien aporta al plan primario, y la persona desempleada, retirada, o dependiente del empleado activo aporta al secundario, entonces el Grupo BID no se registrará por esa regla. En tal caso, de no haber otras reglas de determinación de beneficios para establecer el plan primario, el mismo se decidirá en función del período de tiempo que el dependiente que solicita el reembolso ha estado cubierto bajo el plan del Grupo BID en comparación con otro plan.

Las siguientes definiciones tienen una connotación especial en las reglas de coordinación de beneficios:

La palabra “Plan” define a cualquiera de las siguientes modalidades en las cuales se proveen beneficios o servicios médicos, dentales, o para el cuidado de la visión:

- Cobertura de seguro de grupo o a todo riesgo, fuera de las pólizas de seguro colectivo para accidentes escolares
- Contratos de planes de servicios, planes de riesgo profesional individuales o colectivos u otros planes pre-pagados
- Cobertura bajo cualquier plan de administración laboral constituida en fideicomiso
- Planes sindicales de bienestar laboral
- Planes institucionales del empleador
- Planes de organizaciones para beneficio de empleada/o (s)

La palabra “Plan” no incluye cobertura por pólizas o contratos individuales o familiares. Cada plan o parte de un plan que tenga derecho a coordinar beneficios se considerará como un plan por separado.

“Gasto Permitido” se refiere a todo tipo de gasto que sea necesario, razonable y habitual, y que está cubierto, en parte o en su totalidad, por uno de los planes que cubren a la persona para quien se solicita el reembolso. Cuando los beneficios de un plan se efectúan en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará al mismo tiempo un gasto permitido y un beneficio pagado. El “Gasto Permitido” no incluye la diferencia entre el costo de una habitación privada y una semiprivada, excepto cuando la estadía de un paciente en una habitación privada se considere médicamente necesaria de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

SECCIÓN 8

FALSIFICACIÓN,
RECLAMOS
FRAUDULENTOS, Y
RECUPERACIÓN DE PAGOS
EN EXCESO

SECCIÓN 8. FALSIFICACIÓN, RECLAMOS FRAUDULENTOS, Y RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO

8.1. FALSIFICACIÓN Y RECLAMOS FRAUDULENTOS

Miembros deberán notificar al Grupo BID de cualquier cambio que afecte su elegibilidad o la de sus dependientes para participar en el Programa de Beneficios Médicos.

Se espera también que los miembros presenten los reclamos de conformidad con las normas y procedimientos aplicables al Programa y que los participantes sean veraces en su trato con el Grupo BID y con el Administrador del Programa. Los miembros deberán también cooperar con cualquier auditoría, investigación, o cualquier otra consulta con respecto a su participación y/o a la participación de sus dependientes en el Programa.

Cualquier práctica corrupta, falsedad, falsificación de reclamos, otros tipos de fraude, falta de cooperación con una investigación o la obstrucción de una investigación, o cualquier otro delito relacionado con la participación en el Programa, será considerado un acto grave de mala conducta. Las consecuencias de dicha mala conducta pueden incluir, pero no estarán limitadas a: la pérdida de elegibilidad para continuar participando en el Programa; retención de otros pagos, incluyendo pagos del Programa u otros pagos del Grupo BID, para compensar al Programa de las cantidades indebidamente pagadas; y cualquier otro proceso para la recuperación de cantidades perdidas del Programa o del Grupo BID, según corresponda. Además, las consecuencias de mala conducta para empleados activos incluyen

sanciones disciplinarias y también pueden incluir terminación de empleo.

El Grupo BID también puede referir sospechas de violaciones de leyes nacionales a las autoridades pertinentes.

8.2. RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO

Miembros deberán notificar inmediatamente al Grupo BID sobre pagos en exceso. En el caso de un pago en exceso, el Grupo BID o el administrador del programa, según sea el caso, tendrá el derecho de solicitar la devolución inmediata de dicho pago en exceso una vez que se haya notificado al miembro del plan.

El no cumplimiento del reembolso inmediato de tales cantidades se considerará mala conducta.

SECCIÓN 9

GLOSARIO DE TÉRMINOS

SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS

Atención de Emergencia. Servicios médicos que usted recibe en una Sala de Emergencia o Centro de Atención de Urgencias de un hospital por accidentes o cuestiones médicas que ponen su vida en peligro.

Atención Preventiva de Rutina. Beneficios regulares del plan médico, incluidos los exámenes físicos anuales estándar y las pruebas de laboratorio relacionadas, que usted recibe en ausencia de condiciones de emergencia para el mantenimiento de su buena salud.

Beneficio Máximo. Límite en dólares que un plan del Grupo BID pagará por servicios cubiertos durante un período de tiempo específico.

Cargos Máximo Reembolsable (MRC) o Razonable y Habitual (R&C). Se refiere al costo predominante fuera de la red para un servicio de plan médico específico dentro de un área geográfica determinada de los Estados Unidos. Para los fines del Plan del Grupo BID en EE. UU. o Puerto Rico, administrado por Cigna Healthcare, se determinará un MRC para cualquier servicio fuera de la red de 300% de la tarifa de Medicare para ese servicio en el área geográfica donde se brindó el mismo.

Fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, donde Cigna Global administra el programa del Grupo BID, las tarifas de R&C para cualquier servicio las determinará el administrador del plan en función de los costos vigentes dentro de cada país. Cuando un miembro que reside fuera de los EE. UU. o Puerto Rico busca servicios profesionales de un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o Puerto Rico, se aplicará una tarifa R&C, basada en bases de datos de precios de terciarios independientes.

Certificación de Pre-Admisión. El proceso de revisión y aprobación que el administrador del plan realiza antes de que usted entre al hospital para recibir un tratamiento. Su médico, usted, o su representante autorizado puede iniciar el proceso contactando al administrador del plan.

Copago. El monto fijo en dólares estadounidenses que el participante debe pagar al efectuar una compra de medicamentos con receta médica, visitar una sala de emergencia en EE. UU. o Puerto Rico, o obtener algunos servicios de visión con proveedores dentro de la red.

Coaseguro. La parte (generalmente expresada en porcentaje) del costo total del beneficio cubierto que usted paga (por ejemplo 10%), mientras que el plan paga por el porcentaje restante del costo.

Cobertura Previa Atribuible. Un período de tiempo en el que el participante estuvo asegurado por una condición preexistente bajo otro plan de salud que se toma en cuenta para reducir el periodo de espera por la condición preexistente bajo el Plan Médico del Grupo BID. (Aplica solo para padres dependientes patrocinados).

Condición Preexistente. Cualquier enfermedad, lesión u otra condición diagnosticada por la cual el participante haya recibido tratamiento antes de ser cubierto por el Plan Médico del Grupo BID. (Aplica solo para padres dependientes patrocinados).

Coordinación de Beneficios (“COB”). El proceso para determinar la parte del gasto que se pagará por el Plan del Grupo BID, cuando se trate de un reclamo para reembolso de un gasto elegible que es pagadero por un plan del Grupo BID y por otro (o más) plan(es) adicional(es), se denomina Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés). La coordinación de beneficios se utiliza para asegurar que el Grupo BID no pagará

por ese gasto más de lo que hubiera pagado si el participante sólo hubiera sido elegible para beneficios por el plan del Grupo BID.

DAW. Acrónimo del inglés “Dispense as Written”- dispensar como está escrito-, un acrónimo que los proveedores médicos en EE. UU. o Puerto Rico a veces utilizan en formularios de recetas cuando quieren que la farmacia dispense el medicamento exactamente como figura en la receta, sin sustitutos genéricos o de otro tipo.

Deducible. Un monto anual que usted debe pagar por servicios prestados por proveedores fuera de la red antes de que el plan médico pague beneficios para gastos elegibles. En EE. UU. o Puerto Rico no hay deducibles cuando se utilizan proveedores de la red.

Desembolso Máximo por Cuenta del Participante. Un límite individual o familiar anual del monto que el participante paga por su cuenta para gastos que el plan no cubre totalmente. Si sólo usted está cubierto bajo el plan médico, existe un máximo individual que se aplica a usted solamente. Si tanto usted como su familia están cubiertos, existe un máximo que se aplica a toda/o(s) ustedes. Si sus gastos elegibles superan estos máximos, el plan pagará el 100% del costo de los gastos adicionales elegibles bajo el plan médico para el resto del año calendario, a excepción de los máximos para servicios específicos.

Exámenes de Pre-Admisión. Exámenes que su médico solicita antes de su ingreso en el hospital para un determinado tratamiento.

Explicación de Beneficios (EOB) para Cigna Healthcare o Nota de Liquidación (SN) para Cigna Global. Un formulario que usted recibe del administrador del plan cada vez que usted recibe servicios, con una explicación de cómo los cargos presentados afectan a su deducible (para servicios prestados por proveedores fuera de la

red), la porción de los cargos sometidos que fueron pagados por el plan, y qué parte (si la hubiera) es su responsabilidad.

Gestión de Casos. Un servicio gratuito que los administradores ofrecen, diseñado para asegurar que usted reciba la atención médica en el lugar adecuado cuando se encuentra en una condición grave u enfrenta una enfermedad seria.

Hospicio. Un centro o servicio de atención médica que brinda atención médica y servicios de apoyo a personas con enfermedades terminales y sus familias, ya sea como paciente hospitalizado o en el hogar.

Internado. Un paciente es considerado internado/a cuando cambia su estatus de paciente externo a hospitalizado o cuándo sea admitido “bajo observación” en un hospital de Estados Unidos. Tenga en cuenta que el estado “en observación” no califica como “Admitido”, aunque una persona pueda permanecer en el hospital una o más noches.

Medicamento Necesario o “necesidad médica” se entenderá por los servicios de atención de salud que un médico, con criterio clínico, proporcionaría a un paciente con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, o sus síntomas, y que son:

- a. de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica (según lo aprobado por las autoridades nacionales competentes y/o las asociaciones profesionales especializadas, o en los boletines relevantes de cobertura de beneficios de cada administrador);
- b. clínicamente apropiado, en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad o lesión del paciente y

c. no principalmente para la conveniencia del paciente, y no más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios, al menos tan probables como para producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en cuanto a la diagnosis o el tratamiento de esa enfermedad o lesión. Es importante entender que incluso si usted tiene un beneficio para un servicio particular, si no tiene una necesidad médica para ese beneficio, no será cubierto por el plan de salud.

Medicamento de Marca. Un medicamento que aún se encuentra bajo patente por una compañía farmacéutica específica.

Medicamento de Venta Libre (“OTC”). OTC es el acrónimo inglés de Over-the-Counter-Un medicamento que está disponible para su compra sin necesidad de la receta de un médico. Los medicamentos de venta libre no están cubiertos por el plan de medicamentos recetados del Grupo BID.

Medicamento Genérico. En EE. UU. o Puerto Rico, un medicamento que contiene los mismos ingredientes activos y proporciona los mismos beneficios terapéuticos que el equivalente de marca de mayor costo. Los medicamentos genéricos entran al mercado cuando expiran las patentes de los medicamentos de marca.

Medicamentos por Correo. Una opción disponible para miembros del plan internacional que residen en EE. UU. o Puerto Rico para recibir medicamentos recetados por correo. Las recetas pedidas por correo incluyen un suministro por hasta 90 días.

Medicare. El programa de seguro médico y hospitalario patrocinado por el gobierno de EE. UU., y que beneficia solamente a jubilados mayores de 65 años de edad cubiertos bajo el

Plan Internacional que residen en EE. UU. o Puerto Rico.

Red. Un grupo de hospitales, médicos y otros profesionales de la salud contratados por un administrador de reclamos que brindan atención médica a precios de descuento.

Red de proveedores preferidos. En los EE. UU. o Puerto Rico, una amplia red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica contratados por un administrador del plan, que brindan servicios por tarifas fijas, generalmente con descuento. Si bien usted puede elegir usar cualquier proveedor médico con licencia que desee, sus beneficios son más altos (y sus gastos de bolsillo más bajos) cuando usa proveedores dentro de la red.

Revisión de Hospitalización Prolongada. Revisión para verificar que una estadía prolongada en un hospital es la opción más eficaz para el tratamiento médico. Se lleva a cabo después de que la/el paciente es internado y va a establecer si los días adicionales en el hospital son justificados.

Servicios Médicos a Domicilio. Atención brindada por uno o más de: enfermería especializada privada, enfermería domiciliaria intermitente o asistentes de salud en el hogar, según las necesidades médicas requeridas por el paciente.

Subrogación. Un proceso legal que le da derecho al Grupo BID de recuperar pagos por gastos del plan médico en nombre de usted a un tercero que tenía obligación de pagarlos.

Tope Máximo para Servicios Específico. Un monto máximo específico en dólares que se aplica a ciertos beneficios del plan médico.

APÉNDICE: NORMAS

PE-375 Programa de Seguro Médico

Número	PE-375-2023-05-SPA	Autoridad de Aprobación	PRE
Fecha de Efectividad	25 mayo 2023	Autoridad de Publicación	PRE
Fecha de Revisión Administrativa	25 mayo 2023	Documentos de respaldo / sustentatorios	N/A
UBR	HRD	Sección	Corporativa
Coordinador de UBR	Maria Jose Ribeiro	Idioma Original	Inglés
Clasificación ATI	Confidencial	Tipo	Norma

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta norma es regular la participación en el Programa de Seguro Médico que provee el Banco.

INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN

El Vicepresidente de Finanzas y Administración (VPF) tendrá la facultad de interpretar esta norma y sus Anexos, así como de decidir en casos excepcionales siempre que sean consistentes con los principios establecidos en ella. El Gerente General de Recursos Humanos (HRD) tendrá la responsabilidad de su aplicación, así como de la emisión de cualquier instrucción específica para implementar sus disposiciones, tales como manuales, lineamientos y/o procedimientos administrativos relacionados, que estarán a disposición de todos los funcionarios.

AUTORIDAD

El VPF, de acuerdo con los reglamentos existentes, será responsable de proponer, para la consideración del Presidente del Banco, cualquier modificación substancial al Programa de Seguro Médico, incluyendo primas y términos de cobertura. Los cambios no substanciales deberán ser informados a la Oficina de la Presidencia antes de la aprobación de dichas medidas por el VPF.

1. GENERAL

- 1.1. Los términos de cobertura bajo el Programa de Seguro Médico serán publicados por el Banco.
- 1.2. El Banco establecerá y publicará periódicamente los montos de las primas.
- 1.3. El Programa de Seguro Médico es un beneficio del Banco para el cual los participantes pagan una prima cuyos montos son aprobados por el Banco.
- 1.4. Las primas pagadas por los participantes serán deducidas del sueldo o pensión del participante, según sea aplicable.

1.5. Cuando ambos cónyuges son funcionarios del Banco y/o exfuncionarios y ambos participan en el Programa de Seguro Médico bajo cobertura familiar, solamente se le deducirá el pago de una Prima por dicha familia, la cual será la correspondiente al cónyuge con la Prima más alta.

2. DEFINICIONES

Para efectos de esta norma, lo siguiente aplica:

2.1. **Programa de Seguro Médico ("Programa"):** Plan de salud patrocinado por el Banco que incluye beneficios médicos, dental, de visión y de farmacia. Al Programa también se le conoce como Programa de Seguro Médico de Jubilados, según se define en la norma PE-375-Anexo 2.

2.2. **Cobertura Médica de Padre:** Cobertura bajo el Programa de Seguro Médico del Banco proporcionado al padre dependiente de un participante.

2.3. **Participante:** Un funcionario o jubilado inscrito en el Programa de Seguro Médico del Banco.

2.4. **Jubilado:** Exfuncionario activo inscrito en el Programa de Seguro Médico, quien se ha jubilado bajo los Planes de Jubilación del Banco, con goce de una pensión ya sea inmediata o diferida.

2.5. **Cónyuge:** La persona registrada con el Banco como la esposa o esposo; o la pareja de hecho del participante, de acuerdo con la norma PE-360 "Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.6. **Hijos Dependientes:** Hijos del participante, o del cónyuge del participante según se establece en la norma PE-360 "Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.7. **Padre Dependiente:** Padre o suegro del participante según lo establecido en la norma PE-360 "Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.8. **Dependientes:** El grupo familiar del participante que puede estar compuesto, si existe tal relación familiar, de su cónyuge e hijos dependientes, cubiertos bajo el Programa, así como el padre dependiente inscrito en la Cobertura Médica de Padre.

2.9. **Discapacidad:** Estado de invalidez física o mental, certificado de acuerdo con los procedimientos del Banco, y aprobado por el revisor médico del Banco.

2.10. **Exención:** No participación en el Programa de Seguro Médico, aprobada por el Banco.

2.11. **Cobertura Alternativa:** Programa de seguro médico que tiene el funcionario y que ha sido aceptado por el Banco como comparable a la cobertura del programa para efectos de una Exención para el funcionario. Programa de seguro que tienen los

dependientes y es considerada por el Banco como aceptable para propósitos de una Exención para los dependientes.

2.12. Concesión de Beneficios: Otorgamiento de derecho al Programa de Seguro Médico de Jubilados a favor del participante, según se establece en el Anexo 1 de esta norma.

2.13. Años de Participación: El número de años completos de servicio (es decir, períodos completos de 12 meses) durante los cuales el participante estuvo cubierto bajo el Programa de Seguro Médico del Banco.

2.14. Participación Continua: Para propósitos de Concesión de Beneficios, se refiere a participación sin interrupción en el Programa de Seguro Médico, no obstante haya un cambio en el contrato de empleo con el Banco de funcionario nacional a internacional, o viceversa.

2.15. Participación No Continua: Para propósitos de Concesión de Beneficios, para funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 y servicios brindados a partir del 1 de enero de 2015 ya sea como funcionario nacional o internacional, se refiere a la participación en el Programa de Seguro Médico que puede ser interrumpida por una Exención, o interrupción de empleo con el Banco.

2.16. Prima: Costo de participación en el Programa. La Prima varía dependiendo de la categoría de elegibilidad del participante, según se define en esta norma. El monto de las Primas será más alto para jubilados que no hayan adquirido la Concesión total de Beneficios, o para jubilados quienes llegan a adquirir parte de la Concesión de Beneficios bajo un esquema progresivo. El pago por Cobertura Médica de Padre es una Prima separada, en adición a los otros montos de las Primas pagadas por el participante. El Banco puede modificar estos montos periódicamente.

2.17. Prima Básica de Funcionarios Internacionales Activos: Excepto por lo indicado en esta norma, se refiere al costo de participación en el Programa durante servicio activo, según lo publica el Banco. Este monto también aplica para funcionarios que se encuentran en Licencia por Discapacidad Prolongada de acuerdo con el párrafo 8.1 de esta norma.

2.18. Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo: El costo según lo publica el Banco para funcionarios en una ausencia prolongada de acuerdo con el Reglamento PE-355 "Licencia Sin Goce de Sueldo". Este monto aplicará también a la participación en el Programa que continúe con posterioridad a la terminación de servicio, según se establece en los párrafos 6.1.2 o 6.1.3 de esta norma.

2.19. Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios: El costo según lo publica el Banco para jubilados que fueron contratados como funcionarios antes del 1 de enero de 2015 y quienes no cumplieron con el criterio correspondiente para la Concesión de Beneficios antes de empezar a recibir su pensión.

2.20. Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios: El costo según lo publica el Banco, para jubilados que han cumplido con el criterio correspondiente para la Concesión de Beneficios.

2.21. Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo un Esquema Progresivo: El costo según lo publica el Banco para jubilados que fueron contratados como funcionarios a partir del 1 de enero de 2015, y quienes cumplieron con parte o todo el criterio para Concesión de Beneficios antes de empezar a recibir su pensión. La Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo un Esquema Progresivo es igual a la multiplicación de la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios por un factor progresivo de Concesión de Beneficios que es ligado a los Años de Participación para la Concesión de Beneficios. Ver la tabla de Primas de Seguro Médico, disponible en la intranet de HRD en la sección “Beneficios”.

2.22. Costo de Cobertura Médica para Padre de Participante Internacional: Monto que es publicado por el Banco, a ser pagado por el Participante a favor de un padre dependiente asegurado.

2.23. Evento de Vida Calificado: Un evento que constituye una razón determinada por el Banco para permitir a un funcionario exento o a un funcionario exento y su hijo dependiente y/o Cónyuge, inscribirse en el Programa, después de que el funcionario optó por la decisión de no participación. Los Eventos de Vida Calificados están limitados a: (a) fallecimiento del cónyuge que provee la Cobertura Alternativa; (b) la terminación de empleo del Cónyuge que proporciona Cobertura Alternativa; (c) separación legal o divorcio del Cónyuge que proporciona Cobertura Alternativa a los hijos dependientes; o (d) un cambio significativo de la Cobertura Alternativa, excluyendo la pérdida voluntaria de dicha cobertura, que cause pérdida de cobertura comparable para el funcionario exento. Salvo que haya un Evento de Vida Calificado, una decisión de exención es definitiva. Se requiere prueba de la ocurrencia del Evento de Vida Calificado.

3. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

3.1. PARTICIPACIÓN OBLIGATORIA

3.1.1. Todos los funcionarios internacionales del Banco con contratos de trabajo definidos en la norma PE-311 “Modalidades de Contratación”, sus respectivos cónyuges e hijos dependientes, deben participar en el Programa de Seguro Médico.

3.1.2. Los funcionarios pueden solicitar, por escrito, Exención por tener Cobertura Alternativa según se define en los párrafos 2.10 y 2.11.

3.1.3. El Banco ofrece cinco opciones: (a) cobertura individual para el funcionario solamente, ya sea porque el funcionario no tiene dependientes, o porque se ha aprobado una Exención para el cónyuge e hijos dependientes; (b) cobertura familiar para el funcionario, cónyuge e hijos dependientes; (c) ninguna cobertura,

ni el funcionario ni sus dependientes están cubiertos ya que se ha aprobado Exención para todos; (d) cobertura familiar para el funcionario y todos los hijos dependientes, con sólo el cónyuge exento; y (e) cobertura de un padre soltero para el funcionario y todos los hijos dependientes, cuando el funcionario no tiene cónyuge. En las opciones (d) y (e), todos los hijos dependientes deben estar cubiertos por el funcionario.

3.1.4. Los funcionarios y dependientes exentos del Programa, se les permitirá inscribirse con posterioridad solo si se produce un Evento de Vida Calificado como se describe en el párrafo 2.23. Esta disposición no aplica a un padre dependiente, cuya cobertura se regula en la Sección 9.

3.2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el Programa de Seguro Médico será opcional para:

3.2.1. Los Directores Ejecutivos, Directores Ejecutivos Suplentes, sus Consejeros y Asistentes Co-Término, y sus dependientes ¹, quienes serán inscritos automáticamente en el Programa de Seguro Médico con efectividad de su fecha de contratación, y deberán solicitar por escrito ser excluidos del Programa para terminar la participación.

3.2.2. Los hijos del funcionario o del cónyuge del funcionario, que no califiquen como hijos dependientes de conformidad con la norma PE-360 “Funcionarios y Relaciones de Familia”, ya sea porque (a) residan o no con el funcionario, o (b) estén casados. Dicha cobertura termina cuando el hijo cumple 26 años.

3.2.3. Individuos mencionados en el párrafo 3.2.1. y 3.2.2. que hayan decidido no participar en el Programa, sólo podrán inscribirse posteriormente si se produce un Evento de Vida Calificado tal como se describe en el párrafo 2.23.

4. INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

4.1. Los funcionarios sujetos a participación obligatoria iniciarán dicha participación:

4.1.1. En la fecha efectiva de contratación, o

4.1.2. En la fecha efectiva de terminación de una Cobertura Alternativa debido a un Evento de Vida Calificado conforme al párrafo 2.23. Todo funcionario debe notificar al Banco inmediatamente de la terminación de una Cobertura Alternativa. De haber un período retroactivo de cobertura, el funcionario es responsable del pago al Banco de las Primas correspondientes.

¹ Para funcionarios asignados como Asistentes a la Oficina de Directores Ejecutivos, la participación en el Programa de Seguro Médico del Banco es obligatoria según se establece en el párrafo 3.1.1 de esta norma.

4.2. Una vez que el funcionario sea ya participante en el Programa de Seguro Médico:

4.2.1. La cobertura para un nuevo cónyuge y/o hijos empezará en la fecha efectiva en la cual el Banco reconozca la condición de dependiente. La cobertura para un recién nacido es retroactiva a la fecha de nacimiento, siempre y cuando dicho nacimiento sea en o posterior a la fecha efectiva de contratación del funcionario.

4.2.2. La cobertura de seguro médico para hijos dependientes puede continuar después de cumplir 26 años solamente en casos de discapacidad. Sin embargo, en aquellos casos, si el funcionario posteriormente solicita interrupción de la cobertura o cesa la discapacidad del hijo, la renovación futura de la cobertura por dicho hijo no será permitida, salvo lo dispuesto en el párrafo 3.1.4.

5. CRITERIOS PARA CONCESIÓN DE BENEFICIOS EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO DE JUBILADOS

Los funcionarios que terminan su empleo con el Banco y son elegibles a recibir una pensión bajo los Planes de Jubilación del Banco, pueden participar en el Programa de Seguro Médico como jubilados, junto con sus dependientes, siempre y cuando cumplan con las condiciones y el número mínimo de años de participación para la concesión de beneficios según se especifica en el Anexo 1 de esta norma.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

6.1. AL TERMINAR EMPLEO CON EL BANCO

6.1.1. Con excepción de los funcionarios que se retiran con una pensión inmediata y continúan participando en el Programa de Seguro Médico de Jubilados, todos los funcionarios que terminan su empleo con el Banco, y sus dependientes, cesarán de participar en el Programa de Seguro Médico luego de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha efectiva de terminación de empleo.

6.1.2. Los funcionarios contratados antes del 1 de septiembre de 1995 que hayan diferido su pensión, pueden continuar participando en el Programa de Seguro Médico más allá de los treinta (30) días mencionados en el párrafo 6.1.1, y pueden continuar la participación de sus dependientes, hasta la fecha efectiva de jubilación, siempre y cuando paguen, por adelantado, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo, ya sea (a) por cada periodo de 12 meses (o porción de este periodo), o (b) en mensualidades; en ambos casos, hasta la fecha efectiva de jubilación del funcionario.

6.1.3. Los funcionarios contratados en o a partir del 1 de septiembre de 1995 pueden continuar participando en el Programa de Seguro Médico más allá de los treinta (30) días mencionados en el párrafo 6.1.1, y pueden continuar la participación de sus dependientes, por cinco (5) meses calendario adicionales,

siempre y cuando paguen, por adelantado, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo, ya sea (a) en una suma global por el número de meses de participación seleccionados, o (b) mensualmente.

6.1.4. El criterio de Concesión de Beneficios con relación a la participación continua en el Programa de Seguro Médico con posterioridad a la terminación de servicio, conforme a los párrafos 6.1.2 y 6.1.3, se establece en el Anexo 1 de esta norma.

6.2. AL TERMINAR LA CONDICIÓN DE DEPENDIENTE

La participación en el Programa de Seguro Médico de un excónyuge asegurado, y de un hijo asegurado anteriormente dependiente, cesará a los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha efectiva de la separación legal o divorcio del funcionario, a la fecha efectiva de la "Declaración de Disolución de la Unión de una Pareja de Hecho," o a la fecha de terminación de la condición de hijo dependiente, según corresponda.

6.3. DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE COBERTURA

El período adicional de treinta (30) días, posterior a la terminación de empleo, o a la terminación de la condición de dependiente, será sin costo alguno para el funcionario.

7. FUNCIONARIOS EN USO DE LICENCIA PROLONGADA SIN GOCE DE SUELDO

7.1. Los funcionarios ausentes en uso de licencia prolongada sin goce de sueldo por un período mayor a treinta (30) días calendario, dejarán de participar en el Programa de Seguro Médico, junto con sus dependientes, después de treinta (30) días calendario posteriores a la fecha efectiva en que se inició la licencia.

7.2. Este período de cobertura adicional de treinta (30) días es sin costo para el funcionario, consistente con el párrafo 6.3. de esta norma.

7.3. Con la aprobación del Banco, los funcionarios tendrán la opción de continuar su participación en el Programa de Seguro Médico durante una licencia prolongada sin goce de sueldo, siempre y cuando paguen por adelantado la Prima Básica para Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo.

7.4. El criterio de Concesión de Beneficios con relación a la participación continua en el Programa de Seguro Médico durante una licencia prolongada sin goce de sueldo se establece en el Anexo 1 de esta norma.

8. FUNCIONARIOS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PROLONGADA

8.1. Funcionarios a quienes se les ha aprobado el beneficio de discapacidad prolongada de conformidad con la norma PE-379 "Programa de Discapacidad Prolongada", continuarán su participación en el Programa de Seguro Médico junto con sus dependientes, por la duración del primer periodo establecido en la sección 5.1.1 de la norma PE-379.

8.2. El monto que el funcionario pagará por su participación en el Programa de Seguro Médico, durante el primer período establecido en la sección 5.1.1 de la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada”, será el de la Prima Básica para Funcionarios Internacionales Activos.

8.3. El criterio de Concesión de Beneficios y la determinación de la prima de seguro médico con relación a la participación continua en el Programa de Seguro Médico durante el segundo período establecido en la sección 5.1.2 de la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada” se establece en el Anexo 1 de esta norma.

9. COBERTURA MÉDICA PARA PADRE

9.1. La participación bajo la Cobertura Médica para Padre definida en el párrafo 2.2 es opcional y el funcionario deberá solicitarla por escrito, después que el Banco haya reconocido oficialmente la condición de dependiente. Se requerirá que el padre o madre dependiente esté sujeto a una evaluación médica completa para determinar si hay condiciones preexistentes.

9.2. Los funcionarios que hayan decidido no inscribir a un padre dependiente dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que el Banco haya reconocido oficialmente la condición de dependiente o hayan optado por no participar en el Programa, no podrán inscribirse en el Programa posteriormente.

9.3. La Cobertura Médica para Padre podría empezar tan pronto como la fecha efectiva en que el Banco reconozca al padre como dependiente del funcionario, pero solamente después de que el funcionario haya sometido al Banco la evaluación médica, y dicha evaluación haya sido examinada y aceptada a satisfacción del Banco.

9.4. El funcionario es responsable de los pagos del Costo de Cobertura Médica para Padre de Participante Internacional, que estará en vigencia a partir del inicio de la cobertura.

9.5. Los términos bajo la Cobertura Médica de Padre a favor del padre dependiente estarán sujetos a exclusión del pago de beneficios por tratamiento de cualquier condición o condiciones preexistentes, presentes o identificadas, al momento del inicio de la cobertura. Dicha exclusión estará en vigencia por los primeros cinco (5) años de cobertura continua.

9.6. La cobertura a favor de un padre, que deja de ser reconocido por el Banco como dependiente, cesará a los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que se canceló su condición de dependiente, sin costo para el funcionario, consistente con el párrafo 6.3.

10. DISPOSICIONES ESPECIALES

En casos en los que el funcionario muere en servicio activo, habiendo estado cubierto bajo el Programa de Seguro Médico del Banco al momento de su muerte, y su cónyuge sobreviviente comienza a recibir una pensión de los Planes de Jubilación del Banco:

10.1. El cónyuge sobreviviente será elegible a continuar participando en el Programa de Seguro Médico de Jubilados bajo las condiciones establecidas en el Anexo 2 de esta norma.

10.2. La prima de Seguro Médico correspondiente será calculada en función de la fecha de contratación del funcionario que ha fallecido:

10.2.1. Para funcionarios contratados antes del 01 de enero de 2015, la prima de seguro médico se calculará como si el funcionario que ha fallecido posee la concesión de beneficios total, y su cónyuge sobreviviente será elegible para continuar participando en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios.

10.2.2. Para funcionarios contratados el 01 de enero de 2015 o después, la prima de seguro médico se calculará como si el funcionario que ha fallecido hubiese participado en el Programa por un periodo de cinco (5) años, o según el número de años de participación en el Programa del funcionario que ha fallecido, cualquiera de los periodos que sea mayor, con las siguientes condiciones:

- a. Si el número de años de participación es 20 o superior a 20, el o la cónyuge sobreviviente será responsable del pago de la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios.
- b. Si el número de años de participación es inferior a 20, el o la cónyuge sobreviviente será responsable del pago de la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios según el cronograma progresivo de subsidio de conformidad con la norma PE-375-Anexo 1, según el mayor de los siguientes: (i) número de años de participación en el Programa del funcionario que ha fallecido, o (ii) cinco (5) años.

11. FALSIFICACIÓN Y RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

11.1. Los participantes del Programa deberán notificar al Banco de cualquier cambio que afecte su elegibilidad o la de sus dependientes para participar en el Programa de Seguro Médico.

11.2. Se espera que todos los participantes presenten los reclamos de conformidad con las normas y procedimientos aplicables al Programa y que los participantes sean veraces en su trato con el Banco y con el Administrador del Programa.

11.3. Todos los participantes deberán también cooperar con cualquier auditoría, investigación, o cualquier otra consulta con respecto a su participación y/o a la participación de sus dependientes en el Programa.

11.4. Cualquier práctica corrupta, falsedad, falsificación de reclamos, otros tipos de fraude, falta de cooperación con una investigación o la obstrucción de una investigación, o cualquier otro delito relacionado con la participación en el Programa, será considerado un acto grave de mala conducta. Las consecuencias de dicha mala conducta pueden incluir, pero no estarán limitadas a sanciones disciplinarias, las cuales, para los funcionarios, pueden incluir terminación de empleo; pérdida de elegibilidad para continuar participando en el Programa; retención de otros pagos, incluyendo pagos del Programa u otros pagos del Banco, para compensar al Programa de las cantidades indebidamente pagadas; y cualquier otro proceso para la recuperación de cantidades perdidas del Programa o del Banco, según corresponda.

11.5. El Banco también podrá referir cualquier sospecha de violación de la legislación nacional, a las autoridades correspondientes.

12. RECUPERACIÓN DE PAGO EN EXCESO

12.1. Cualquier participante que sabe que el Banco le ha hecho un pago en exceso debe avisar inmediatamente de dicho pago al Banco.

12.2. En el caso de un pago en exceso a un participante por un reclamo, el Banco tendrá el derecho a la devolución inmediata de dicho pago en exceso a través de una notificación por escrito del Banco al participante.

12.3. Cuando el participante es un funcionario, cónyuge, hijo o padre dependientes, la falta de repago inmediato de dicha cantidad de pago en exceso por parte del mencionado funcionario, se considerará mala conducta y el funcionario puede estar sujeto a sanciones disciplinarias. En adición, el Banco tendrá la autoridad de recuperar los montos pagados en exceso a través de una deducción de cualquier otro pago que el Banco esté supuesto a hacer a favor del funcionario, ya sea en una o varias transacciones, y que cada transacción no sea menor al diez por ciento (10%) del total del monto (después de cualquier otra deducción) pagadero por el Banco.

12.4. El Banco también podrá llevar a cabo cualquier otra acción con relación a los montos perdidos, para la restitución de los fondos al Programa o al Banco, según corresponda.

Idioma Original: Inglés, en caso de discrepancia la versión en inglés prevalecerá.

PE-375 Anexo 1, Criterios de Concesión de Beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados

Número	PE-375-A1-2023-05-SPA	Autoridad de Aprobación	PRE
Fecha de Efectividad	25 mayo 2023	Autoridad de Publicación	PRE
Fecha de Revisión Administrativa	25 mayo 2023	Documentos de respaldo / sustentatorios	N/A
UBR	HRD	Sección	Corporativa
Coordinador de UBR	Maria Jose Ribeiro	Idioma Original	Inglés
Clasificación ATI	Confidencial	Tipo	Anexo

INTRODUCCIÓN

El propósito de este Anexo es establecer y regular la Concesión de Beneficios para participación en el Programa de Seguro Médico de Jubilados para funcionarios internacionales. Los criterios para la Concesión de Beneficios dependen de la fecha de contratación del funcionario. Para las personas con períodos de empleo discontinuo en el Banco, la fecha de contratación que se aplica es la fecha de contratación correspondiente al último período de empleo continuo en el Banco y que termina con la jubilación¹.

1. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995

1.1. PENSIÓN INMEDIATA

1.1.1. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión inmediata, ya sea a la edad de jubilación normal² o cuando tienen derecho a una jubilación anticipada, serán elegibles para participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, siempre y cuando hayan tenido tres (3) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico como funcionarios activos antes de la fecha de jubilación.

1.1.2. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación, podrán alcanzar dicha concesión cuando empiecen a recibir la

¹ Con fines aclaratorios, el empleo con el Banco deberá interpretarse incluyendo a la Corporación Interamericana de Inversiones para los efectos de este documento.

² A efectos de las regulaciones del Banco, la edad de jubilación normal tendrá el significado que le sea atribuido a este término en los Documentos del Plan de Jubilación del Personal.

pensión, acumulando el número requerido de años para completar los tres (3) años de participación continua.

1.1.2.1. Durante este tiempo, los funcionarios tendrán que pagar la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios hasta cumplir con los criterios correspondientes de Concesión de Beneficios.

1.2. PENSIÓN DIFERIDA

1.2.1. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión diferida serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios al inicio de la pensión, siempre y cuando al momento de dicha jubilación hayan tenido tres (3) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico.

1.2.2. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación y que han optado por continuar su participación en el Programa de Seguro Médico después de la fecha de terminación y antes de comenzar a recibir la pensión (pagando la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo) contarán este tiempo de participación como parte del requisito de los tres (3) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico.

1.2.3. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación, tendrán la posibilidad de completar los criterios de Concesión de Beneficios al comienzo de su pensión.

1.2.3.1. Los funcionarios tendrán que cumplir los tres (3) años de participación continua pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios.

1.2.3.2. Una vez que los funcionarios cumplan con los criterios establecidos, pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios.

1.3. LICENCIA PROLONGADA SIN GOCE DE SUELDO

La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando por adelantado en una suma global o mensualmente, según se haya acordado, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo) contará para los criterios de Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

1.4. EXENCIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Los funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que hayan declinado su participación en el Programa de Seguro Médico en cualquier momento durante su servicio activo con el Banco, tendrán la oportunidad de cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios al terminar su servicio con el Banco o al comenzar su pensión.

1.5. COSTO DE LA PRIMA

Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios, o la Prima Básica para Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo, según corresponda y de acuerdo a lo descrito en esta Sección.

2. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015

2.1. PENSIÓN INMEDIATA

2.1.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015, que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión inmediata, ya sea a la edad de jubilación normal o cuando tienen derecho a una jubilación anticipada, serán elegibles para participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, siempre y cuando hayan tenido cinco (5) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico como funcionarios activos antes de la fecha de jubilación.

2.1.2. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015, que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación, podrán obtener dicha concesión a partir de cuando empiecen a recibir la pensión, acumulando el número requerido de años para completar los cinco (5) años de participación continua.

2.1.2.1. Durante este tiempo, los funcionarios tendrán que pagar la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios hasta cumplir con los criterios correspondientes de Concesión de Beneficios.

2.2. PENSIÓN DIFERIDA

2.2.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015 que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión diferida, serán elegibles para participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios al inicio de la pensión, siempre y cuando en el momento de dicha

jubilación, hayan tenido cinco (5) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico.

2.2.2. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación y que han optado por continuar su participación en el Programa de Seguro Médico después de la fecha de terminación, hasta por un tiempo adicional de cinco (5) meses (pagando por adelantado la Prima Básica para Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo), contarán este tiempo de participación como parte del requisito de los cinco (5) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico.

2.2.2.1. Los treinta (30) días otorgados con posterioridad a la fecha efectiva de terminación de empleo, según se indica en la Sección de Terminación de Cobertura de la norma PE-375 “Programa de Seguro Médico”, contarán como tiempo de participación para los cinco (5) años de participación continua en el Programa.

2.2.3. Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la fecha de jubilación, tendrán la posibilidad de completar los criterios de Concesión de Beneficios al comienzo de su pensión.

2.2.3.1. Los funcionarios tendrán que cumplir los cinco (5) años de participación continua pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios.

2.2.3.2. Una vez que los funcionarios cumplan con los criterios establecidos, pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios.

2.3. LICENCIA PROLONGADA SIN GOCE DE SUELDO

La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando por adelantado en una suma global o mensualmente, según se haya acordado, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo) contará para los criterios de Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

2.4. EXENCIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Los funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015, que han declinado su participación en el Programa de Seguro Médico en cualquier momento durante su servicio activo con el Banco tendrán la oportunidad de cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios al terminar sus servicios con el Banco (según se indica en el párrafo 2.2.2.) o al comenzar su pensión.

2.5. COSTO DE LA PRIMA

Funcionarios contratados a partir del 1º de septiembre de 1995 y antes del 1º de enero de 2015 pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios, o la Prima Básica para Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo según corresponda y de acuerdo a lo descrito en esta Sección.

3. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015

3.1. PENSIÓN INMEDIATA

3.1.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión inmediata, ya sea a la edad de jubilación normal o cuando tienen derecho a una jubilación anticipada, serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, siempre y cuando hayan tenido veinte (20) años de participación, en forma continua o no continua, en el Programa de Seguro Médico como funcionarios activos antes de la fecha de jubilación.

3.1.2. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que no hayan acumulado veinte (20) años de participación deberán haber acumulado un número mínimo de años para ser elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados. El número mínimo requerido de años de participación, de forma continua o no continua, en el Programa de Seguro Médico como funcionario activo se indica a continuación:

3.1.2.1. Cinco (5) años en el caso de jubilación normal.

3.1.2.2. Diez (10) años en el caso de jubilación anticipada.

3.1.3. NO ELEGIBLES A PARTICIPAR. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que se jubilan con una pensión inmediata y no han acumulado el número mínimo de años correspondientes de participación en el Programa de Seguro Médico, como funcionarios activos y como se especifica en el párrafo anterior, no serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

3.2. PENSIÓN DIFERIDA

3.2.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que dejan de prestar servicios al Banco y se jubilan con una pensión diferida serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, siempre y cuando hayan tenido veinte (20) años de participación, de forma continua o no continua,

en el Programa de Seguro Médico como funcionario activo antes de la fecha de jubilación.

3.2.2. Funcionarios que se jubilan con una pensión diferida serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados al comienzo de su pensión siempre y cuando hayan acumulado el número mínimo requerido de años de participación, en forma continua o no continua, en el Programa de Seguro Médico como funcionarios activos antes de la fecha de terminación de acuerdo a lo siguiente:

3.2.2.1. Cinco (5) años en el caso de una pensión diferida que se haga efectiva a la edad de jubilación normal.

3.2.2.2. Diez (10) años en el caso de una pensión diferida que se haga efectiva a la edad de jubilación anticipada.

3.2.3. NO ELEGIBLES A PARTICIPAR. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que terminan sus servicios con el Banco con una pensión diferida y no han acumulado el número mínimo de años correspondientes de participación en el Programa de Seguro Médico, como funcionarios activos y tal como se especifica en el párrafo anterior, no serán elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

3.3. CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CONCESIÓN DE BENEFICIOS

3.3.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 deberán cumplir con los criterios correspondientes de Concesión de Beneficios durante su servicio activo, o durante el periodo permitido de cinco (5) meses después de la terminación de empleo para continuar participando en el Programa de Seguro Médico, los cuales contarán a efectos del cumplimiento de los criterios de concesión de beneficios, siempre y cuando las primas mensuales sean pagadas. En caso de que los criterios de Concesión de Beneficios no sean obtenidos, los funcionarios no podrán cumplir con dichos criterios de Concesión de Beneficios al comienzo de la pensión.

3.3.2. Funcionarios contratados a partir del 16 de mayo de 2023 cuyos derechos de pensión hayan sido transferidos al Plan de Jubilación del Personal del BID, de conformidad con cualquiera de los acuerdos para la transferencia y continuidad de derechos de pensión entre el BID y otra organización internacional (el "Acuerdo de Transferencia"): los años de servicio acreditados por el Banco a efectos del Plan de Jubilación de Personal de conformidad con el Acuerdo de Transferencia también se considerarán como años de participación en el Programa de Seguro Médico. Esto aplicará únicamente para efecto del cumplimiento de los criterios de concesión de beneficios para participación en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

3.4. LICENCIA PROLONGADA SIN GOCE DE SUELDO

La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando por adelantado en una suma global o mensualmente, según se haya acordado, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo) contará para los criterios de Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

3.5. EXENCIÓN DEL SEGURO MÉDICO

3.5.1. Los funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que hayan declinado completamente su participación en el Programa de Seguro Médico por la duración total de su servicio activo con el Banco no podrán ser elegibles a participar en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

3.5.2. Para los funcionarios que hayan declinado su participación en el Programa de Seguro Médico en cualquier momento durante el servicio activo, el total de períodos de participación como funcionario activo contarán para la Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico de Jubilados según lo establecido en este Anexo.

3.6. COSTO DE LA PRIMA

Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Funcionarios Internacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo, o la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo el Esquema Progresivo según corresponda, y de acuerdo a lo descrito en esta Sección.

3.7. CÁLCULO DEL MONTO DE LA PRIMA

3.7.1. Los funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 que no acumularon por lo menos veinte (20) años de participación en el Programa de Seguro Médico, pagarán la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo un Esquema Progresivo, multiplicado por el factor progresivo de concesión de beneficios correspondiente. Los funcionarios siguen un esquema progresivo para la determinación del monto de la prima a pagar al comienzo de la pensión en el cual el monto de la prima se reduce de acuerdo al número de Años de Participación (considerados para la Concesión de Beneficios) en el Programa de Seguro Médico durante el servicio activo.

3.7.2. Siempre y cuando el funcionario haya obtenido el mínimo número de Años de Participación de acuerdo a lo establecido en este Anexo, se le considerará al funcionario el número total de años de participación para la Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico para determinar el factor de concesión de beneficios progresivo. Serán considerados los años completos de

participación durante servicio activo. Un año parcial (menos de 12 meses) no constituirá un año completo de participación.

3.7.3. Al comienzo de la pensión el funcionario pagará la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo el Esquema Progresivo tomando en consideración el factor de concesión de beneficios relevante.

3.7.4. Los funcionarios no podrán modificar/reducir el nivel del factor de concesión de beneficios al comienzo de la pensión.

3.7.5. La información necesaria para el cálculo del monto de la Prima a pagar será publicada por el Banco.

4. Funcionarios en Discapacidad Prolongada

Lo siguiente aplica a todos los participantes en discapacidad prolongada de conformidad con la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada”:

4.1. La participación en el Programa de Seguro Médico durante los primeros dos años de participación en el programa de discapacidad prolongada de conformidad con la sección 5.1.1. de la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada” es obligatoria, requiere el pago de la Prima Básica para Funcionarios Internacionales Activos, y se computará a efectos de la concesión de beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

4.2. Exfuncionarios que permanezcan en discapacidad prolongada más allá de los 2 años establecidos en la sección 5.1.2. de la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada” pueden elegir continuar su participación en el Plan de Seguro Médico pagando la Prima Básica para Funcionarios Internacionales Activos, y se computará a efectos de la concesión de beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

4.3. Exfuncionarios que permanezcan en discapacidad prolongada más allá de los 2 años establecidos en la sección 5.1.2. de la norma PE-379 “Programa de Discapacidad Prolongada” y a quienes se les ha otorgado una pensión, pueden elegir continuar su participación en el Plan de Seguro Médico y deberán pagar la prima correspondiente al criterio de concesión de beneficios establecido en las Secciones 1, 2 y 3 de este Anexo.

Idioma Original: Inglés, en caso de discrepancia la versión en inglés prevalecerá

PE-375 Anexo 2 Programa de Seguro Médico de Jubilados

Número	PE-375-A2-2023-05-SPA	Autoridad de Aprobación	PRE
Fecha de Efectividad	25 mayo 2023	Autoridad de Publicación	PRE
Fecha de Revisión Administrativa	25 mayo 2023	Documentos de respaldo / sustentatorios	N/A
UBR	HRD	Sección	Corporativa
Coordinador de UBR	Maria Jose Ribeiro	Idioma Original	Inglés
Clasificación ATI	Confidencial	Tipo	Norma

INTRODUCCIÓN

El propósito de este Anexo es presentar los términos y condiciones generales para jubilados internacionales, y sus dependientes, que participan en el Programa de Seguro Médico.

1. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

Todos los jubilados internacionales del Banco con Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico¹, junto con sus respectivos dependientes, podrán participar en el Programa de Seguro Médico.

2. INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA

2.1. Todos los jubilados del Banco que son elegibles deberán decidir si participar o no en el Programa de Seguro Médico al momento de solicitar la pensión bajo los Planes de Jubilación del Banco.

2.2. Si el jubilado decide no participar en el Programa al momento de solicitar la pensión, esta decisión será irrevocable y el jubilado no tendrá oportunidad, posteriormente, de obtener cobertura bajo el Programa como jubilado. Los dependientes del jubilado que optó por no participar en el Programa de Seguro Médico no serán elegibles a tener cobertura bajo el Programa.

2.3. Si el jubilado decide participar en el Programa de Seguro Médico, la participación de sus dependientes será opcional. El jubilado deberá registrar a un dependiente en el Programa de Seguro Médico como participante al momento de la jubilación, dentro de los

¹ Jubilados internacionales del Banco con Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico incluye funcionarios contratados antes del 1 de junio de 2015, y también aquellos bajo el esquema progresivo que acumularon el número mínimo de años de participación en el Programa de acuerdo con los párrafos 3.1.2 y 3.2.2. de la norma PE-375 Anexo 1.

primeros 30 días que el dependiente sea elegible para participar (después de la jubilación), o en cualquier otro momento que determine el Banco.

2.3.1. La cobertura para un nuevo cónyuge y/o un hijo comenzará en la fecha efectiva en la que son reconocidos como dependientes del jubilado. La cobertura para un recién nacido es retroactiva al momento del nacimiento, siempre y cuando ocurra en o después de la fecha efectiva de inicio de la pensión bajo los Planes de Jubilación del Banco.

2.3.2. Los hijos del jubilado o del cónyuge del jubilado, pueden ser cubiertos a pesar de (a) no residir con el jubilado, o (b) de estar casados. Dicha cobertura termina cuando el hijo cumple 26 años.

2.3.3. La cobertura en el Programa de Seguro Médico para hijos dependientes podrá continuar después de cumplir 26 años solamente en casos de incapacidad. Sin embargo, en aquellos casos, si el jubilado solicita la interrupción en la cobertura o el hijo cesa de tener la incapacidad, la renovación futura de la cobertura para dicho hijo no será permitida.

2.4. Cuando ambos cónyuges son jubilados del Banco, o una combinación de funcionario del Banco y jubilado, y ambos participan en el Programa de Seguro Médico, sólo una contribución mensual por familia será deducida, la cual será la del participante con la Prima más alta. En los casos en donde uno o ambos cónyuges son jubilados con Concesión de Beneficios bajo el esquema progresivo, los Años de Participación contados para la Concesión de Beneficios de cada cónyuge (el que sea más favorable para estos participantes) será tomado en consideración para determinar el pago de la Prima por dicha familia.

3. COBERTURA MÉDICA DE PADRE

3.1. El padre dependiente del jubilado con una pensión inmediata podrá continuar su participación en la Cobertura Médica de Padre siempre y cuando el padre era reconocido como el padre dependiente del jubilado al momento de su terminación de servicios como funcionario del Banco, y el padre dependiente estaba registrado bajo la Cobertura Médica de Padre por lo menos cinco (5) años continuos inmediatamente antes de la fecha de terminación.

3.2. El jubilado podrá optar por discontinuar la participación de su padre dependiente notificando al Banco con treinta (30) días de anticipación. Esta decisión será definitiva e irrevocable.

4. TERMINACIÓN DE COBERTURA

4.1. El jubilado podrá optar por la discontinuación de su participación en el Programa de Seguro Médico notificando al Banco con treinta (30) días de anticipación. Esta decisión

será definitiva e irrevocable, y aplicará a todos los dependientes del jubilado en la misma fecha de efectividad.

4.2. La participación en el Programa de Seguro Médico de un excónyuge asegurado, y de un hijo anteriormente dependiente y asegurado, cesará treinta (30) días calendario posteriores a la fecha efectiva de la separación legal o divorcio del jubilado, a la fecha efectiva de la "Declaración de Disolución de la Unión de una Pareja de Hecho," o a la fecha de terminación de la condición de hijo dependiente, según corresponda.

4.3. La cobertura del jubilado y sus dependientes elegibles bajo el Programa de Seguro Médico termina treinta (30) días calendario posteriores a la muerte del jubilado. En caso de que haya un cónyuge sobreviviente elegible de acuerdo con la Sección 5.2, quien a la vez califica para una pensión de sobreviviente de los Planes de Jubilación del Banco, el cónyuge sobreviviente y cualquier otro dependiente elegible del jubilado estará cubierto bajo el Programa de Seguro Médico inmediatamente después de la muerte del jubilado, por un período de transición de noventa (90) días. Una vez se haya tramitado y aprobado la pensión de sobreviviente de los Planes de Jubilación del Banco, todas las primas del Seguro Médico correspondientes serán cobradas de forma retroactiva a la fecha de inicio de la pensión de sobreviviente. Si la pensión de sobreviviente no es otorgada durante el periodo de transición, la cobertura del cónyuge superviviente y de cualquier otro dependiente del jubilado fallecido será suspendida.

4.4. DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE COBERTURA. El período de los treinta (30) días adicionales de cobertura después de la fecha de terminación de participación será sin costo alguno para el jubilado.

5. DISPOSICIONES ESPECIALES

5.1. Las regulaciones establecidas en el párrafo 5.2 son aplicables a eventos que ocurran en o a partir del 1 de enero de 2015.

5.2. En los casos en que el jubilado llegara a fallecer, los dependientes del jubilado serán elegibles para continuar participando, de acuerdo con los siguientes criterios:

5.2.1. Si el participante jubilado fallece, y el cónyuge sobreviviente era el cónyuge del participante jubilado en el último día de su servicio activo, y el cónyuge sobreviviente recibe una pensión de los Planes de Jubilación del Banco, la continuidad de la participación en el Programa de Seguro Médico requerirá el pago de la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, o la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo el Esquema Progresivo (considerando el mismo nivel de factor de Concesión de Beneficios progresivo del jubilado fallecido), según corresponda, sin tener que cumplir con el criterio de diez (10) años establecidos en el párrafo 5.2.2.

5.2.2. Si el participante jubilado fallece y el cónyuge sobreviviente fue cónyuge del participante jubilado después de la terminación del servicio activo, y estuvo

casado(a) o mantuvo una unión de pareja de hecho declarada/registrada con el Banco, con el fallecido por diez (10) años o más, y recibe una pensión de los Planes de Jubilación del Banco, la continuidad de la participación en el Programa de Seguro Médico requerirá el pago de la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, o la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo el Esquema Progresivo (considerando el mismo nivel de factor de Concesión de Beneficios progresivo que el jubilado fallecido) según corresponda. Sin embargo, si al momento del fallecimiento el cónyuge del participante jubilado no estaba casado(a) o no mantenía una unión de pareja de hecho declarada/registrada con el Banco con el fallecido por diez (10) años o más, y el cónyuge del participante recibe una pensión de los Planes de Jubilación del Banco, podrá continuar participando en el Programa de Seguro Médico pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios.

5.2.3. Si el cónyuge sobreviviente, recibiendo una pensión de los Planes de Jubilación del Banco, continúa participando en el Programa de Seguro Médico (junto con los dependientes correspondientes) y se vuelve a casar o constituye una unión de pareja de hecho, el nuevo cónyuge, y los hijos del nuevo cónyuge, incluidos los recién nacidos, no serán elegibles para participar en el Programa de Seguro Médico.

5.3. En los casos en que el jubilado llegara a fallecer sin un cónyuge sobreviviente, y los hijos dependientes del jubilado quedan huérfanos, y están recibiendo una Asignación Básica para Hijos de los Planes de Jubilación del Banco, los hijos dependientes podrán continuar participando en el Programa de Seguro Médico, pagando la Prima Básica de Jubilados Internacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Internacionales bajo el Esquema Progresivo (considerando el mismo nivel de factor de Concesión de Beneficios progresivo que el jubilado fallecido), o la Prima Básica de Jubilados Internacionales sin Concesión de Beneficios según corresponda, hasta que dejen de recibir la Asignación Básica para Hijos.

5.4. Para los casos en que la Prima correspondiente del jubilado no pueda ser deducida en parte o en su totalidad de la pensión del jubilado, se requerirá que el jubilado cubra la diferencia de la prima por adelantado (anualmente en una suma global o en mensualidades). Cuando el jubilado no pueda cubrir la Prima mensual (en parte o en su totalidad), el jubilado y sus dependientes dejarán de participar en el Programa de Seguro Médico.

6. PROTECCIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO MÉDICO

Para los jubilados que estaban recibiendo una pensión antes del 1 de enero de 2015, el Banco podrá proveer ayuda con el pago de la Prima para aquellos jubilados que reciben una pensión de bajo ingreso, de acuerdo con procedimientos establecidos por el Banco.

7. FALSIFICACIÓN Y RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

7.1. Los participantes deberán notificar al Banco de cualquier cambio que afecte su elegibilidad, o la de sus dependientes, para participar en el Programa de Seguro Médico.

7.2. Se espera que todos los participantes presenten los reclamos de conformidad con las normas y procedimientos aplicables al Programa y que los participantes sean veraces en su trato con el Banco y con el Administrador del Programa.

7.3. Todos los participantes deberán también cooperar con cualquier auditoría, investigación, o cualquier otra consulta con respecto a su participación y/o a la participación de sus dependientes en el Programa.

7.4. Cualquier práctica corrupta, falsedad, falsificación de reclamos, otros tipos de fraude, falta de cooperación con una investigación o la obstrucción de una investigación, o cualquier otro delito relacionado con la participación en el Programa, tendrá consecuencias como la pérdida de elegibilidad para continuar participando en el Programa; retención de otros pagos, incluyendo pagos del Programa u otros pagos del Banco, para compensar al Programa de las cantidades indebidamente pagadas; y cualquier otro proceso para la recuperación de cantidades perdidas del Programa o del Banco, según corresponda. El Banco podrá solicitar, a su discreción, el reembolso inmediato o permitir al funcionario el pago en cuotas de los montos percibidos en exceso, según corresponda. El Jefe de la División de Remuneración, Prestaciones y Servicios de Recursos Humanos (HRD/COB) tiene la autoridad para aprobar las condiciones de pago.

7.5. El Banco también podrá referir cualquier sospecha de violación de la legislación nacional a las autoridades correspondientes.

8. RECUPERACIÓN DE PAGO EN EXCESO

8.1. Cualquier participante que sabe que el Banco le ha hecho un pago en exceso debe avisar inmediatamente de dicho pago al Banco.

8.2. En el caso de un pago en exceso a un participante por un reclamo, el Banco tendrá el derecho a la devolución inmediata de dicho pago a través de una notificación por escrito del Banco al participante.

8.3. El Banco también podrá llevar a cabo cualquier otra acción con relación a los montos perdidos, para la restitución de los fondos al Programa o al Banco, según corresponda.

Idioma Original: Inglés, en caso de discrepancia la versión en inglés prevalecerá.

