

MANUAL DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS



Personal Activo y Jubilados | NACIONAL

NOVIEMBRE 2023

TABLA DE CONTENIDOS

PERSONAL ACTIVO Y JUBILADOS	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 de los Beneficios Médicos	7
1.4 Equipo de Bienestar y Beneficios de Salud del Empleado (EW&HB)	7
1.5 Contactar al Grupo BID sobre una Enfermedad o Lesión Relacionada con el Trabajo	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	14
2.3 Servicios Médicos Cubiertos	18
2.4 Servicios Médicos No Cubiertos	19
2.5 Garantías de Pago (GOP)	21
2.6 Gestión de Casos Médicos	21
SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS	23
3.1 Como funciona el plan de Medicamentos	24
3.2 Cuadro de Cobertura de Medicamentos Recetados	25
3.3 Servicios No Cubiertos	25
3.4 Programas Especiales	26
SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN	27
4.1 Cómo funciona el Plan para el Cuidado de la Visión	28
4.2 Frecuencia de sus Beneficios	28
4.3 Uso de sus Beneficios	28
4.4 Cuadro de Beneficios del Plan de Visión	29
SECCIÓN 5. PLAN DENTAL	30
5.1 Cómo funciona el Plan Dental	31
5.2 Cuadro de Servicios Dentales Cubiertos	31
5.3 Beneficios Máximos	32
5.4 Pre-Determinación de Beneficios	32
5.5 Cobertura de Daños Accidentales	33
5.6 Cuando Comienza el Tratamiento	33
5.7 Gastos No Cubiertos	33

SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO	34
6.1 Reclamos Médicos, Dentales, de Visión, y de Medicamentos recetados	35
6.2 Plazo para la Presentación de Reclamos en un Año Calendario	35
6.3 Nota de Liquidación (SN)	35
6.4 Provisiones Especiales	35
SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES	36
7.1. Servicios no Cubiertos por el Programa	37
7.2 Cobertura del Seguro Médico vs Cobertura para Automóviles	37
7.3 Subrogación	37
7.4 Coordinación de Beneficios.....	38
SECCIÓN 8. FALSIFICACIÓN, RECLAMOS FRAUDULENTOS, Y RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO	41
8.1. Falsificación y Reclamos Fraudulentos	42
8.2. Recuperación de Pagos en Exceso	42
SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS	43
APÉNDICE: NORMAS	47
PN-8.03 Programa de Seguro Médico	48
PN-8.03 Anexo 1 Criterios de Concesión de Beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados	58
PN-8.03 Anexo 2 Programa de Seguro Médico de Jubilados.....	66

ACERCA DE ESTE MANUAL

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

El programa incluye la cobertura para:

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

El manual explica cada uno de estos planes, sección por sección. Destaca lo que está cubierto y cómo funcionan sus beneficios. También proporciona información útil sobre a quién dirigirse si necesitara ayuda adicional. Los beneficios bajo el Programa 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 la información clave acerca de un tema.

Un glosario de términos está disponible al final del manual para su referencia.

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

¹ Este manual aplica al Banco Interamericano de Desarrollo, BID Invest y BID Lab, en conjunto, el “Grupo BID”.

SECCIÓN 1

SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS

1.1 RESÚMEN 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 una visión preliminar de los planes. Encontrará más detalles acerca de cada plan en secciones posteriores de este manual.

Tipo de Plan	Beneficios
Médico	Plan de Seguros de Indemnidad. 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. o Puerto Rico, los miembros que residen en el extranjero tienen acceso a la red de proveedores preferidos más amplia de Cigna Healthcare y también pueden optar por usar proveedores fuera de la red sin ser referidos; sin embargo, los reclamos se manejan a través de Cigna Global. Cubre las visitas al consultorio del médico, atención de emergencia, hospitalización, atención preventiva, y muchos otros servicios.
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, y lentes de contacto.
Dental	Cubre una parte del costo de la atención preventiva, diagnóstico y atención para restauración básica y mayor. Incluye también beneficios para ortodoncia.

1.2 NUEVO EN EL PROGRAMA

Generalmente, 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 al administrador del programa. Durante este período, también está prevista la llegada de su tarjeta de identificación.

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

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

1.3 PRIMAS DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

El Grupo BID establece y publica periódicamente los importes de las primas a pagar por los participantes.

1.4 EQUIPO DE BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS Y BENEFICIOS DE SALUD (EW&HB)²

El equipo de EW&HB de la División de Servicios de Compensación, Beneficios y Recursos Humanos apoya al Grupo BID en la prestación de la cobertura para atención médica, dental, medicamentos recetados, cuidado de la visión,

²Acronimo del inglés Employee Well-being and Health Benefits.

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

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

Usted puede comunicarse con el equipo de EW&HB para solicitar información sobre cómo presentar una apelación por un reclamo o procedimiento de salud denegado; solicitar la nominación de proveedores para ser agregados a una de las redes de los administradores del plan; o para cualquier otra pregunta sobre sus beneficios de salud.

Sitios Web y E-mail

<https://idbg.sharepoint.com/sites/HRD/INS@iadb.org>
HRD/INS@iadb.org
www.iadb.org/retirees

Teléfono

1-202-623-3090

Correo

IDB Employee Wellbeing & Health Benefits Team
 1300 New York Avenue NW
 Mail Stop E-0403, Washington DC, 20577

Para mayor información acerca de elegibilidad de miembros y de beneficios, y e reclamos de pago, por favor dirigirse Cigna Global. La información de contacto está disponible en la sección “Administración de Planes” de este manual.

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 a nuestro personal a mantener un estilo de vida saludable. Los servicios ofrecidos incluyen:

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)³. Servicio gratuito de asesoramiento confidencial y referencias 24/7 para el personal del Grupo BID, jubilados, y dependientes elegibles para hacer frente al estrés y a 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 en la sede y en las oficinas en los países. Los 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 en las oficinas de país incluyen: manejo de casos, referencias, asesoramiento, educación sobre salud, medicina de viajes y medicina ocupacional.

Programas de Bienestar. Sensibilizar y proporcionar oportunidades de acción en temas específicos relacionados con la salud a través de retos de buena salud, así como servicios y seminarios relacionados con el bienestar.

Instalaciones. Sala para la lactancia (Sede Central y Representaciones, según corresponda).

1.5 CONTACTAR AL GRUPO BID SOBRE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO

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

Oficina en el País*

Viajando en misión de trabajo*

A Quién notificar

Representante

Jefe de misión de trabajo y Representante

*El Representante o jefe de la misión de trabajo debe proporcionar un informe completo por escrito del incidente al equipo de EW&HB dentro de siete días.

1.6 ADMINISTRACIÓN DE PLANES

El Grupo BID contrata a empresas externas, llamadas administradores de planes, para procesar reclamos y facilitar el acceso a redes de proveedores de salud.

El administrador de los distintos planes dependerá del lugar donde usted resida oficialmente como personal activo o jubilado.

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

dentales, 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, usted utilizará su tarjeta de identificación Cigna Global.

Si usted reside en los EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Healthcare administra los beneficios médicos, dentales y de visión, mientras que Express Scripts administra el beneficio 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.

³Acrónimo del inglés Employee Assistance Program.

⁴Acrónimo del inglés Health Services Center

Por favor, tenga en cuenta:

- Usted puede ponerse en contacto con Cigna Global para saber más sobre: 1) Cómo funcionan sus beneficios; 2) Qué está cubierto; 3) Elegibilidad de miembros y de beneficios; 4) Como 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 a Cigna Global. La información de contacto está también disponible al frente de su tarjeta de identificación de seguro médico.

La página web de Cigna Global es segura y le permite someter y ver el estado de los reclamos, acceder a los directorios de la red de proveedores y solicitar tarjetas de identificación. También proporciona herramientas para ayudarle a usted y a su familia con respecto a temas de salud y bienestar personal.

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección postal
Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID es fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, el administrador de su plan de beneficios médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados donde quiera que reciba cuidados de salud alrededor del mundo es Cigna Global	<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 aplicación móvil Cigna Health Benefits. Después de iniciar sesión, seleccione la pestaña "Contacto" para verlos. Esta pestaña también incluye una función de "Devolución de llamada", que permite a Cigna Global llamarlo directamente de vuelta para que usted no incurra en cargos de larga distancia.</p>	<p>Cigna Global Teléfono: +32 3 293 18 59 Teléfono gratuito de EE. UU.: +1 800 297 9983 Fax: +32 663 2855</p> <p>Atención al cliente en inglés, español, francés y portugués 24/7/365</p>	<p>Cigna Global Cigna, Casilla Postal 69, 2140 Antwerpen, Belgium P.O. Box 451989 Sunrise, Florida 33345</p>

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección postal
Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID es en EE. UU. o Puerto Rico, y usted viaja a un país que no sea EE.UU. o Puerto Rico, el administrador de sus planes de beneficios médicos, dentales, y de visión es Cigna Healthcare	my.cigna.com iadb@cigna.com	+1 800-IDB-3637 (+1 800-432-3637) Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	Reclamos Médicos: Cigna Healthcare Casilla Postal 182223, Chattanooga, TN 37422-2223 Reclamos Dentales: Cigna Dental Casilla Postal 188037, Chattanooga, TN 37422-8037 Reclamos de Visión: Cigna Visión Casilla Postal 385018, Birmingham, AL 35238-5018
Si su residencia oficial registrada en el Grupo BID es en EE.UU. o Puerto Rico, el administrador de su plan de beneficios de medicamentos recetados es Express Scripts Inc.	www.express-scripts.com	1-855-521-0824 Fax: 1-608-741-5475 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	Home Delivery Service P.O. Box 66566 St. Louis, MO 63166- 6566
Si viaja al extranjero, pagará por los medicamentos recetados que adquirió en el país de destino y presentará un reclamo de reembolso a Cigna Healthcare.			

Las páginas web de los administradores del plan son seguras y le permiten presentar y ver el estado de los reclamos de pago, 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.

1.7 ELEGIBILIDAD Y COBERTURA

Para conocer los términos y condiciones, tales como condiciones preexistentes (aplicables solamente para padres dependientes), elegibilidad, participación obligatoria o voluntaria, así como inscripción y terminación de cobertura, por favor refiérase a la Regla del Personal PN-8.03 y sus anexos 1 y 2 en el Apéndice de este manual.

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 todos los componentes del programa, como:

- **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 si reside fuera de EE. UU. o Puerto Rico o está en viajes personales o de negocios, consejos sobre cómo usar los planes, un glosario de términos y mucho 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), servicios gratuitos de segunda opinión de Teladoc, iy más!

No necesita credenciales ni contraseñas para acceder a la Aplicación Web Móvil de Beneficios Médicos. No contiene datos personalizados, y puede acceder a ella en cualquier lugar donde tenga una conexión a Internet.

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

SECCIÓN 2

PLAN MÉDICO

SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO

El Plan Médico proporciona beneficios médicos integrales que son considerados medicamente necesarios para usted y los miembros de su familia cubiertos bajo el plan.

2.1 PLAN MÉDICO GENERAL

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

- Visitas a consultorios médicos por enfermedades y lesiones
- Atención de rutina y preventiva
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios ambulatorios en hospitales, consultorios médicos y otras instalaciones de cuidados de salud
- Atención de emergencia
- Atención de urgencia

El plan es un Plan de Seguros de Indemnidad, y le reembolsa después de haber incurrido en gastos médicos y de haber presentado un reclamo ante Cigna Global. Tenga en cuenta que si ve proveedores dentro de la red de Cigna Global que aceptan pagos “Flash the Card”, ellos someterán el reclamo en su nombre, y usted solo pagará el coaseguro o copago correspondiente, si aplica, al proveedor.

Los miembros que residen fuera de los EE.UU. o Puerto Rico deben presentar todas las solicitudes de reembolso a Cigna Global.

Si usted necesita servicios médicos en los EE. UU. o Puerto Rico, usted tiene acceso a la red de Cigna Healthcare (a través de Cigna Global). Si elige proveedores dentro de la red, el monto de su coaseguro es menor y también le ahorra dinero al Programa. Comuníquese con Cigna Global para que le ayuden a encontrar proveedores dentro de la red.

Si elige un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o Puerto Rico, usted pagará más por su atención médica, incluyendo un porcentaje de coaseguro más alto. Los proveedores fuera de la red no están obligados a consultar con Cigna Global por adelantado para ver si su servicio o procedimiento es médicamente necesario o si está cubierto bajo el Plan Médico del Grupo BID. Por lo tanto, usted es responsable de asegurarse de tener cobertura y conocer de antemano cuanto le costará el servicio antes de recibirlo. Además, con los proveedores fuera de la red, generalmente se le pedirá que pague de su bolsillo por su servicio y luego presente un reclamo de reembolso a Cigna Global. Esto lo pone en riesgo de pagar la totalidad de la factura por un servicio que no está cubierto por nuestro Programa; o recibir una “factura de saldo” que debe pagar por un servicio cubierto, ya que nuestro Programa solo le reembolsará al cargo Razonable y Habitual (R&C)* establecido para servicios fuera de la red, que típicamente es inferior al importe facturado por el proveedor.

Tenga también en cuenta que si recibe atención médica en los EE. UU. o Puerto Rico, sus reclamos dentro o fuera de la red de Cigna Healthcare se procesarán al nivel de coaseguro que aplica a los miembros del plan nacional.

El desembolso máximo del participante por año calendario es de 10% del salario/pensión anual bruta.

2.1.1 LOCALIZAR PROVEEDORES DE LA RED DENTRO Y FUERA DE LOS EE.UU. O PUERTO RICO

Llame al número que figura en el frente de su tarjeta de identificación de Cigna Global para obtener ayuda para encontrar hospitales, médicos, farmacias y otros proveedores de atención de salud de la red dentro y fuera de los EE. UU. o Puerto Rico. Información de contacto en la Sección 1.6.

*Ver R&C en la sección 9: Glosario de Términos de Beneficios

2.1.2 SERVICIOS “FLASH-THE-CARD”

Use la herramienta de búsqueda de proveedores en el sitio web o la aplicación móvil de Cigna Health Benefits para encontrar proveedores que ofrecen esta modalidad. 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 le cobrará cualquier coaseguro, si aplica. Para servicios con montos superiores a \$400, usted debe solicitar una Garantía de Pago (GOP) de Cigna Global.

2.1.3 TERMINOLOGÍA MÉDICA IMPORTANTE

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 la encontrará en la Sección 9 bajo Glosario de Términos de Beneficios.

2.1.4 APELACIONES

El Plan Médico prevé dos niveles de apelación si no está de acuerdo con la decisión de Cigna Global de denegar un reclamo o la prestación de un servicio. El primer nivel de apelación es manejado internamente por Cigna Global, 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 empresa externa independiente llamada Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). La información sobre cómo presentar una apelación se incluye en la Nota de Liquidación de Cigna Global.

2.2 CUADRO DE SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Máximo por Vida

Sin Límite

El Plan Pagará

Visitas al Consultorio Médico o a Domicilio

- Por Enfermedad 80%

Atención Preventiva de Rutina 100%

- 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 define Cigna Global.
- 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.

Máximo por Vida**Sin Límite****El Plan Pagará****Servicios Relacionados a Salud Mental y Abuso de Sustancias**

- Paciente hospitalizado 100%
- Honorarios médicos 80%
- Paciente externo 80%

Cirugía 100%**Segunda Opinión de Cirugía** (incluye laboratorio y rayos X) 100%**Exámenes de Pre-Admisión** (hasta 7 días antes de la cirugía) 100%**Servicios de Internación Hospitalaria**

- Habitación Semiprivada (SP) 100% de la tarifa negociada
- Habitación Privada 100% de la tarifa SP negociada
- Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) 100%
- Visitas/Consultas Médicas 80%
- Servicios Profesionales 100%

Cirugía Ambulatoria

- Servicios de Facilidades Ambulatorias 80%
- Servicios Profesionales 80%

Atención de Emergencia

- Incluye los servicios de ambulancia cuando es médicamente necesario 100%
- Primeros Auxilios por lesiones accidentales- por servicios recibidos dentro de 72 horas después del accidente 100%
- En un consultorio médico u otra facilidad ambulatoria 100%
- Visitas a Salas de Emergencia 100%

Atención de Urgencia

- Facilidades ambulatorias 100%

Servicios de Laboratorio y Radiología

- En un hospital como paciente internado 100%
- En un hospital como paciente externo 80%
- En una instalación de laboratorio y de radiografía* 80%
- En un consultorio médico 80%

*Sí estos servicios están relacionados con un examen físico anual, ellos estarán cubiertos en 100%.

Máximo por Vida**Sin Límite****El Plan Pagará****Rehabilitación Ambulatoria a Corto Plazo**

- Revisión por necesidad médica después de 30 visitas por año calendario 50%

Acupuntura 50%

Terapia Conductual Aplicada (ABA) 50%

Cuando sea medicamente necesaria: limite anual de \$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 medica antes de obtener estos servicios.

Diálisis Renal 80%

Asistentes de Enfermería para Atención Médica a Domicilio/Servicios de Enfermería Especializados para Atención Medica a Domicilio/Servicios Privados de Enfermería Especializada para Atención Medica a Domicilio/ Enfermeras Privadas para Pacientes Externos

50%

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 especializado o el Plan de atención médica prescrito por el médico tratante 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 40 días por año calendario debe ser revisada por necesidad médica y respaldada por información clínica provista por el proveedor o médico tratante.

Servicios de Atención para Enfermos Terminales

- Habitación semiprivada (SP) 100% de la tarifa negociada
- Habitación privada 100% de la tarifa SP negociada

Trasplante de órganos (Incluye todos los trasplantes médicamente necesarios, no experimentales)

- Pacientes hospitalizados 100%
- Habitación semiprivada (SP) 100%, limitado a la tarifa negociada
- Habitación privada 100%, limitado a la tarifa SP negociada
- Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) 100%
- Servicios Médicos (quirúrgico) 100%
- Visitas/consultas para pacientes hospitalizados 80%

Máximo por Vida**Sin Límite****El Plan Pagará****Equipo Médico Durable**

80%

Accesorios Protésicos Externos

80%

Maternidad

- Visita inicial para determinar el embarazo 80%
- Parto (incluye las visitas pre y postnatales) 100%
- Hospital (incluye centros de maternidad) 100%

Aborto (Incluye los procedimientos electivos o no electivos para cualquier miembro elegible de la familia.).

- Visitas al consultorio 50%
- Pacientes hospitalizados 50%
- Pacientes ambulatorios 50%
- Servicios médicos (quirúrgico) 50%

Planificación Familiar

- Visitas al consultorio médico (incluyendo pruebas y asesoramiento) 80%
- Procedimientos de esterilización quirúrgica (por vasectomía/ligadura de trompas, incluyendo la reversión del procedimiento) 50%

Tratamiento de la Infertilidad cuando sea medicamento necesario. Máximo de por vida de \$50.000–dividido en \$30.000 para servicios médicos y \$20.000 para medicamentos recetados.

- Visitas al consultorio médico (incluyendo pruebas y asesoramiento) 80%
- Procedimientos quirúrgicos para la infertilidad (incluida la IA, FIV, GIFT, ZIFT, etc.). 100%

Los miembros del plan deben comunicarse con Cigna Global para garantizar la comprensión y los criterios de necesidad médica antes de obtener estos servicios.

Beneficio para Audífonos

- Evaluación audiológica o prueba, y cualquier aparato (s) prescrito (s), incluyendo su reparación. 80%, hasta un máximo de US\$5.000 cada cinco años

Visión

- Primer par de anteojos después de una cirugía de cataratas 80%

2.3 SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- **Beneficios para Atención Médica Preventiva de Rutina.** Usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para los beneficios de atención médica preventiva de rutina (por ejemplo, estándar exámenes físicos anuales, incluyendo pruebas de laboratorio estándar e inmunizaciones).
- **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.** Gastos de una entidad acreditada para prestar servicios de cuidado mental para pacientes externos u hospitalizados. Después de 45 días de estadía como paciente hospitalizado, se requiere necesidad médica.
- **Tratamiento por abuso de alcohol y drogas.** Gastos de una entidad independiente autorizada y acreditada para el suministro de servicios y tratamientos por abuso de alcohol y drogas, para pacientes externos u hospitalizados.
- Después de 45 días de estadía como paciente hospitalizado, se requiere necesidad médica.
- **Honorarios Médicos y de otros profesionales.** Honorarios de un médico o otros profesionales licenciados para prestar servicios de atención médica.
- **Servicios de enfermería profesional.** Gastos de un enfermero/a.
- **Anestesia.** Gastos por uso de anestésicos y su administración.
- **Análisis de laboratorio.** 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 los mismos.
- **Equipo.** El equipo médico durable se puede comprar si representa una alternativa conveniente con respecto al alquiler de este. Cigna Global 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, ocupacional ó de 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 medica continua.

- **Trasplantes de órganos.** Gastos incurridos por o relacionados con servicios de trasplante de órganos medicamente necesarios y no experimentales, incluyendo medicamentos de supresión inmunológica; costos de adquisición de órganos; gastos médicos del donante; y transporte hasta un límite de \$10,000 por caso para facilidades dentro de la red. El importe a pagar por los gastos médicos de los donantes será reducido del monto pagable por cualquier otro plan.
- **Seguimiento de Cirugía de Cataratas.** Costo del primer par de anteojos o lentes de contacto terapéuticos 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 intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera graduada 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 establecidos por Cigna Global.
 - 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 paga beneficios para:

- Servicio de ambulancia aérea.
- Cargos por o en relación con procedimientos experimentales o de investigación o métodos de tratamiento no aprobados por las autoridades nacionales pertinentes o sociedades de especialidades médicas (p. ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o la Asociación Médica Estadounidense (AMA) en los EE.UU. o Puerto Rico para medicamentos y procedimientos médicos, respectivamente) o que no cumplen con los estándares establecidos por Cigna Global (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, 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.
- 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 la cirugía estética, 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 dependientes que tengan 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 plan de cuidado de la visión del programa.

- 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 colectivamente, a menos que se determine que son médicamente necesarias y que se proporcionarán bajo un plan de atención médica domiciliaria formal escrito por un proveedor para la persona nombrada en ese plan.
 - Atención o tratamiento que no está indicado en el plan de atención a domicilio; o
 - Atención o tratamiento provisto en cualquier período en 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 enfermos terminales no se incluyen como gastos cubiertos:
 - Cualquier período en que usted o su dependiente elegible no está bajo el cuidado de un médico.
 - Servicios o suministros que no figuran en el programa de asistencia para enfermos terminales.
 - Todos los procedimientos curativos o destinados para prolongar la vida.

- Servicios o suministros que son principalmente para ayudarlo a usted o a su dependiente elegible con actividades de la vida diaria; o
- Cuando tales gastos estén cubiertos por otros beneficios de acuerdo con la Tabla de Servicios Médicos cubiertos por el plan.
- Cargos relacionados a peelings químicos de cualquier tipo, dermoabrasión, tratamiento foto-facial (IPL por sus siglas en inglés), y terapia con láser (por 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 Generales.

2.5 GARANTIAS DE PAGO (GOP)⁷

Fuera de EE. UU. o Puerto Rico, Cigna Global ha establecido un proceso para emitir Garantías de pago (GOP) para cualquier proveedor u hospital para que usted pueda recibir los servicios necesarios sin 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. Tome nota que los proveedores fuera de la red pueden o no aceptar la GOP. Si no la aceptan, usted tendrá que pagar y someter un reclamo a Cigna Global para que le reembolsen lo que usted pagó.

La GOP establece los procedimientos/servicios a prestar, los montos a pagar y el proveedor de servicios que recibirá el pago directo. El miembro, o su representante autorizado, debe solicitar la GOP antes de una 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 solicitarla antes de los servicios

⁷Acronimo del inglés de Guarantee of Payment

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 o no.

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 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.

■ Para solicitar una GOP, comuníquese con Cigna Global al teléfono que está en el frente de su tarjeta de identificación.

2.6 GESTIÓN DE CASOS MÉDICOS

Si usted o uno de sus familiares cubiertos bajo el Plan necesita tratamiento médico por una afección grave, el servicio de gestión de casos médicos que ofrece Cigna Global puede ayudarlo.

2.6.1 CÓMO PUEDE AYUDAR

La gestión de casos está diseñada para asegurarse de que reciba la atención adecuada en el entorno adecuado y para coordinar todos los detalles de su programa de tratamiento cuando usted o un miembro de su familia esté lidiando con una enfermedad grave.

La decisión de utilizar el servicio de gestión de casos es voluntaria, pero puede ayudar a encontrar los recursos adecuados y obtener el tratamiento adecuado cuando usted y su familia más lo necesiten.

2.6.2 COSTO DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE CASOS

Cigna Global brinda este servicio sin costo alguno para usted.

2.6.3 COMO USAR ESTE SERVICIO

Usted, uno de los miembros de su familia, o su médico, pueden iniciar el proceso con una llamada telefónica a Cigna Global y ésta comenzará a analizar su situación particular. Una vez que Cigna Global comprenda su situación, determinará si se recomienda y/o es apropiado un gestor de caso.

Las/os gestores/as de casos son enfermeros/as registrados/as que son respaldados por otros profesionales de cuidados clínicos, cada una/uno entrenados o con credenciales en un área clínica específica. Las/os Gestores/as 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 reciente.

Su gestor de caso trabaja con usted, su familia y su médico a lo largo de su tratamiento, coordinando su atención y asegurándose de que tenga acceso a los servicios y al apoyo que necesita.

Para comunicarse con los representantes de gestión de casos, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra al frente de su tarjeta de identificación.

SECCIÓN 3

PLAN DE MEDICAMENTOS

SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos recetados son administrados por Cigna Global. Para recetas surtidas en cualquier país fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, pague por su medicamento recetado y presente 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 necesita medicamentos recetados mientras se encuentra en los EE. UU. o Puerto Rico, usted 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. y Puerto Rico). A usted 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. o Puerto Rico. La mayoría de las principales cadenas de farmacias de los EE. UU. o Puerto Rico 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 COMO FUNCIONA EL PLAN DE MEDICAMENTOS

El Plan de Medicamentos Recetados ofrece cobertura para medicamentos recetados de marca y genéricos. En EE. UU. o Puerto Rico, el Plan incluye la provisión de “sustitución genérica obligatoria”. Esto significa que, cuando su medicamento esté disponible ya sea en su forma genérica o de marca, su farmacéutico lo dispensará automáticamente en forma genérica.

Una droga genérica es aquella que contiene los mismos ingredientes activos y provee los mismos

beneficios terapéuticos que una droga de marca más costosa. Las drogas genéricas surgen en el mercado una vez que las patentes de las drogas de marca expiran. 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 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”.

Mientras esté en los EE. UU. o Puerto Rico, para poder comprar sus medicamentos tendrá que usar su tarjeta de identificación de Cigna Global en las farmacias de la red. Solo tendrá que pagar el copago correspondiente. Para adquirir medicamentos en farmacias fuera de la red en EE. UU. o Puerto Rico, usted tendrá que pagar el costo total y después presentar su reclamo a Cigna Global para obtener su reembolso. El costo de los medicamentos recetados es más alto en farmacias que están fuera de la red. Por favor, visite el sitio web de Cigna Global o descargue su aplicación móvil para encontrar las farmacias que están en su red en EE. UU. o Puerto Rico.

3.2 CUADRO DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Fuera de los EE.UU. o Puerto Rico	Copago compra en farmacias hasta 30 días de suministro*	Copago envío de sus medicamentos por correo-90 días de suministro**
Co-pago	US\$5	N/A

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

**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. y Puerto Rico no permiten que los proveedores de medicamentos envíen medicamentos recetados al exterior.

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.

En los 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	N/A
Medicamento de marca (preferencial)	US\$15	N/A
Medicamento de marca (no-preferencial)	US\$30	N/A
Medicina especializadas	US\$40	N/A

*El copago por un suministro de 90 días en una farmacia minorista es tres (3) veces el “Copago por suministro minorista de 30 días”, teniendo en cuenta el nivel de copago del medicamento que se está comprando.

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 un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red en los EE. UU. o Puerto Rico, usted debe pagar el costo total del medicamento y someter una solicitud de reembolso ante Cigna Global. Tenga en cuenta que se le reembolsará solo el 50% del monto que pagó por el medicamento.

3.3 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, por sus siglas en inglés) en el caso de los EE. UU. o Puerto Rico.).
- 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 u otros tratamientos de otras condiciones médicas críticas, y vitaminas en grandes dosis asociadas con deficiencias importantes de dichas vitaminas.
- Suplementos nutricionales herbales o alimenticios.
- Alimentos medicinales o vitaminas disponibles en 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.
- Estimulantes para el crecimiento del cabello, tónicos capilares y champús especiales.
- Cremas dentales especiales.

3.4 PROGRAMAS ESPECIALES

Ciertos medicamentos de terapia genética de muy alto costo están cubiertos por el programa Embarc, un programa especial que debe coordinarse a través de Cigna Global, HRD/INS y el proveedor 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 en EE.UU.

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.

4.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN PARA EL CUIDADO DE LA VISIÓN

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 presentará un reclamo a Cigna Global, con la prescripción correspondiente y la factura pagada, para obtener su reembolso. Tenga en cuenta que fuera de los EE. UU. o Puerto Rico, aplican los máximos dentro de la red para los servicios de cuidado de la visión y los materiales, como se refleja en la segunda columna de la Tabla 4.4.

Si necesita servicios de visión fuera de su país de residencia, pagará de su bolsillo y presentará un reclamo ante Cigna Global para obtener un reembolso. Tome en cuenta que en EE. UU. y Puerto Rico, aplican máximos dentro de la red para los servicios de cuidado de la visión y los materiales, como se refleja en la segunda columna de la Sección 4.4.

4.2 FRECUENCIA DE SUS BENEFICIOS

Todos los beneficios de su plan de visión se ofrecen sobre la base de año calendario. Ello significa que cada año calendario, usted estará cubierto para un nuevo examen de la vista. Funciona de la misma manera para monturas, lentes prescritos y lentes de contacto prescritos, siempre que sean recetados por su proveedor de servicios de visión.

Una vez que reciba sus beneficios anuales del Plan de Visión, deberá esperar hasta el próximo año calendario antes de que el plan vuelva a pagar por cualquiera de estos beneficios.

4.3 USO DE SUS BENEFICIOS

El plan pagará los beneficios correspondientes sobre el costo total de los servicios que reciba de su oftalmólogo u optometrista. Usted debe enviar a Cigna Global sus facturas detalladas y todos los recibos pertinentes para el reembolso.

Algunas condiciones de cuidado de la visión son cubiertas bajo el plan de 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 Global.

4.4 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% de coaseguro
Lentes Mono-focales		Hasta US\$40
Lentes Bifocales		Hasta US\$65
Lentes Trifocales o 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 12 meses	

* El copago de US\$20 por marcos se aplica solo cuando se compran marcos nuevos para usar lentes existentes. Si el miembro paga un copago de US\$20 por cualquier tipo de lentes recetados, no hay copago adicional por marcos y se aplica la asignación anual de hasta \$250 por 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 prescritos ó una compra única de lentes de contacto prescritos desechables-además del beneficio de lentes prescritos y marcos. En otras palabras, usted podrá recibir lentes de contacto prescritos y marcos con lentes prescritos en el mismo año de beneficio.

Llame a Cigna Global si tiene preguntas sobre el plan de visión y sus beneficios, o si necesita ayuda para encontrar 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 ortodoncia.

Los tipos de atención dental normal 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 a diferentes niveles bajo el Plan Dental.

5.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN DENTAL

Durante los primeros 12 meses de participación en el Plan Dental, todos los beneficios están limitados a un reembolso de 50%.

Después de los primeros 12 meses de participación y sólo si el/la participante ha incurrido y ha presentado un reclamo de reembolso durante los 12 meses anteriores, el Plan Dental proporcionará los niveles de beneficios ilustrados en la Tabla de Servicios Dentales Cubiertos.

Para recibir beneficios de atención dental, puede acudir al proveedor con licencia de su elección.

Favor contactar a Cigna Global si necesita ayuda para encontrar proveedores de la red en EE. UU. o Puerto Rico.

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

5.2 CUADRO DE SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Quando 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 los menores de 19-sólo dientes posteriores) Separadores (solo 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) 	80%	20%

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, tales 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 los límites máximos del Plan Médico que son de su responsabilidad.

5.3 BENEFICIOS MÁXIMOS

Para servicios cubiertos, excepto ortodoncia, el máximo de su beneficio es un límite anual fijo de US\$1.500. Este límite se renueva cada año calendario. Durante los primeros 12 meses de participación en el Plan Dental, todos los beneficios son limitados al 50% de reembolso.

Para beneficios de ortodoncia (como frenos dentales), el máximo beneficio es de por vida. Eso 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 ACCIDENTALES

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

5.6 CUANDO COMIENZA EL TRATAMIENTO

En casi todos los casos, los tratamientos comienzan cuando su dentista u otro profesional dental comienza de facto a realizarlo. 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 Tratamiento comienza cuando se abre la cámara de la pulpa del diente afectado.

Estos servicios se consideran de manera 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 Global.

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.) donde se lleva a cabo su tratamiento.
- Tratamientos realizados solamente 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) la colocación de otra dentadura postiza en la mandíbula opuesta; (b) la extracción de dientes naturales; o (c) el daño de la pieza original, como resultado 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, DE VISIÓN, Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Para la mayoría de los servicios de rutina, deberá pagar de su bolsillo y presentar un reclamo de reembolso ante Cigna Global. Puede presentar un reclamo por los servicios que pagó de su bolsillo a través del sitio web www.cignahealthbenefits.com, 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.

Utilice siempre el número de identificación que aparece en su tarjeta al presentar una Solicitud de Reembolso. Guarde copias de sus solicitudes de pago y la documentación anexada hasta que usted o el proveedor hayan recibido el reembolso correspondiente.

6.2 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.

6.3 NOTA DE LIQUIDACIÓN (SN)⁸

Para todos los reclamos presentados por usted o por sus proveedores, recibirá una “Nota de Liquidación” (SN) de Cigna Global. Su SN mostrará la parte de los cargos presentados que pagó el plan y qué parte (si corresponde) es su responsabilidad.

Si tiene preguntas sobre su SN, 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 en la página web cignahealthbenefits.com o en la aplicación móvil de Cigna.

6.4 PROVISIONES ESPECIALES

6.4.1 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.

6.4.2 SI USTED FALLECE ANTES DE RECIBIR EL REEMBOLSO

En este caso, Cigna Global puede optar por 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.

6.4.3 RESPONSABILIDAD DEL BANCO

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

⁸Acrónimo del inglés *Settlement Note*.

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 aplican bajo el Programa.

7.1. SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA

Los planes del Programa no cubren:

- Servicios que no son medicamento necesarios.
- Atención médica, tratamientos o cirugías innecesarias.
- Gastos por servicios médicos de proveedores no afiliados a la Red que excedan cargos Razonables y Habituales (R&C, por sus siglas en inglés).
- 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 o facilidad sanitaria que es propiedad o está gestionada 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 para atender a un miembro que no se consideren servicios terapéuticos médicamente necesarios.
- Gastos relacionados con las actividades de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés):
 1. Higiene personal-baño, aseo y cuidado bucal;
 2. Vestirse-la capacidad de tomar decisiones apropiadas de ropa y vestirse físicamente

3. Comer-la capacidad de alimentarse, aunque no necesariamente de preparar los alimentos;
4. Mantener la continencia-tanto mental como física para usar un baño; y
5. Transferencia-pasar de estar sentado a estar de pie y entrar y salir de la cama, todos los cuales se consideran servicios de custodia.

- Gastos que son elegibles para reembolso en virtud de un programa de salud pública patrocinado por un gobierno nacional, u otro nivel de gobierno.
- 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.

De darse la situación anterior, en que un plan del Grupo BID como el de un tercero pagan por sus gastos o los de uno de sus dependientes cubiertos, comienza un proceso denominado “subrogación”. La subrogación es un proceso legal que otorga derecho al plan del Grupo BID a recuperar pagos efectuados por gastos que un tercero estaba obligado a pagar.

Para efectos de las reglas de subrogación, un “tercero” se define como cualquier persona o entidad—incluyendo sus compañías aseguradoras – que causen enfermedad o lesiones al participante o sus dependientes cubiertos.

En su esfuerzo por recuperar cualquier 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 cómo los planes Médico, Dental y de Visión del Grupo BID pagan beneficios si usted (o uno de sus familiares cubiertos) tiene cobertura a través de otro plan de salud 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 reducirán los beneficios bajo uno de los planes para

evitar que la suma de beneficios pagaderos por todos los planes no 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 cuál plan paga primero, el Grupo BID aplica reglas de determinación de beneficios. Estas reglas 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 pagado la parte que le corresponde.

7.4.3 CUANDO EL PLAN DEL GRUPO BID ES PRIMARIO

Cuando las reglas de determinación de beneficios indiquen que el plan del Grupo BID es primario, el programa pagará beneficios como si no hubiera 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 puede ver 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 bajo el plan del Grupo BID 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 natural 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 una hija o un hijo dependiente de padres divorciados, las reglas de determinación toman en cuenta los fallos judiciales que asignan la responsabilidad financiera para los 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 de un 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

Si aún no se ha establecido el plan primario, entonces las reglas de determinación de beneficios consideran cuánto tiempo el dependiente con el reclamo ha estado cubierto por un plan del Grupo BID y cuánto tiempo ha estado cubierto por otro

plan. El plan que ha cubierto al dependiente durante más tiempo es el plan primario.

En algunos casos, hay 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 utiliza la regla que hace que el plan del empleado que trabaja sea primario y el plan del cesante, jubilado o dependiente sea secundario, entonces el Grupo BID no utilizará esa regla. En tal caso, si ninguna otra regla de determinación de beneficios puede establecer el plan primario, el plan primario se establecerá de acuerdo con el período de tiempo que el dependiente con el reclamo haya estado cubierto por un 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 cualquiera de las siguientes modalidades en las que se brindan beneficios o servicios de atención médica, dental o de 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 constituido en fideicomiso
- Planes sindicales de bienestar laboral
- Planes institucionales del empleador
- Planes de organizaciones para beneficio de empleada/o (s)

“Plan” no incluye cobertura bajo pólizas o

contratos individuales o familiares. Cada plan o parte de un plan que tenga derecho a coordinar beneficios será considerado un plan 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 semi-privada, 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

Los 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 Médico.

Se espera 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 Cigna Global. 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 por 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 cualquier sospecha de violación de la ley nacional a las autoridades correspondientes.

8.2. RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO

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

El incumplimiento por no reembolsar de inmediato tales cantidades se considerará mala conducta.

SECCIÓN 9

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS

SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS

Atención de Emergencia. Servicios médicos que usted recibe en una Sala de Emergencia de un hospital por lesiones accidentales o condiciones 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 recibe cuando no es una 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.

Cargo Razonable y Habitual (R&C). Se refiere al costo predominante fuera de la red para un servicio del plan médico específico dentro de un país determinado. 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 las bases de datos de precios de un terciario independiente.

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

Coaseguro. La parte (generalmente expresada en porcentaje) del costo total del beneficio cubierto que usted paga (por ejemplo 50%), mientras que el plan paga por el porcentaje restante del costo total.

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 usted 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). La coordinación de beneficios se utiliza para asegurar que el 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.

Copago. El monto fijo en dólares estadounidenses que un participante debe pagar de su bolsillo por una compra de medicamentos con receta médica.

DAW. Acrónimo del inglés de “Dispense as Written”- dispensar como está escrito-una abreviatura que 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.

Gestión de Casos. Un servicio gratuito que Cigna Global ofrece, diseñado para asegurar que usted reciba la atención médica adecuada en el lugar adecuado cuando se encuentra en una condición grave o 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 cuando cambia su estatus de paciente externo a hospitalizado ó admitido “bajo observación” en un hospital en EE.UU.

Manejo De Casos. Un servicio gratuito que Cigna Global ofrece, 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.

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, ó en los boletines de política clínica de Cigna Global);
- 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 médico.

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 bajo 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. y Puerto Rico para recibir medicamentos recetados por correo. Las recetas pedidas por correo incluyen un suministro de hasta 90 días.

Medicare. El programa del seguro médico y hospitalario patrocinado por el gobierno de los Estados Unidos que beneficia solo a retirados bajo el Plan Internacional mayores de 65 años y que residen en EE. UU. o Puerto Rico.

Nota de Liquidación. Un formulario que usted de Cigna Global cada vez que usted recibe servicios del plan médico, con una explicación de cómo los cargos presentados afectan a su desembolso máximo anual, la porción de los cargos presentados que fueron pagados por el plan, y qué parte (si la hubiera) es su responsabilidad.

Red. Un grupo de hospitales, médicos y otros profesionales de la salud contratados por Cigna Global que brindan acceso a atención médica y, en algunas facilidades, a tarifas descontadas.

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 Cigna Global que brindan servicios por tarifas fijas, generalmente con descuento. Si bien puede usar cualquier proveedor médico con licencia que elija, sus beneficios son más altos y sus gastos de bolsillo más bajos cuando usa proveedores dentro de la red en EE. UU. o Puerto Rico.

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

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

APÉNDICE: NORMAS

PN-8.03, Programa de Seguro Médico

Número	PN-8.03-2022-05-SPA	Autoridad de Aprobación	PRE
Fecha de Efectividad	25 mayo 2023	Autoridad de Publicación	PRE
Fecha de Revisión Administrativa	28 noviembre 2023	Documentos sustentatorios	N/A
UBR	HRD	Sección	Corporativa
Coordinador de UBR	Jonathan Rose	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 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 PN-8.03-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 PN-8.08 "Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.6. **Hijos Dependientes:** Hijos del participante, o del cónyuge del participante según se establece en la norma PN-8.08 "Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.7. **Padre Dependiente:** Padre o suegro del participante según lo establecido en la norma PN-8.08 "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 Nacionales 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 Nacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo: El costo según lo publica el Banco para funcionarios en una ausencia prolongada de acuerdo con la norma PN-8.01-5 "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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales bajo un Esquema Progresivo es igual a la multiplicación de la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 nacionales del Banco con contratos de trabajo definidos en la norma PN-5.02 “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

3.2.1. La participación en el Programa de Seguro Médico será opcional para los hijos del funcionario o del cónyuge del funcionario, que no califiquen como hijos dependientes de conformidad con la norma PN-8.08 “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.

3.2.2. Individuos mencionados en el párrafo 3.2.1 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.

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 el hijo cesa de ser incapacitado, 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 Nacionales en Licencia Prolongada Sin Goce de Sueldo, ya sea (a) por cada periodo de 12 meses (o porción del 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 Nacionales 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 Nacionales 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 PN-8.04 "Programa de Discapacidad Prolongada", pueden continuar 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 PN-8.04.

8.2. El monto que el funcionario pagará por su participación en el Programa de Seguro Médico, durante el período establecido en la sección 5.1.1 de la norma PN-8.04 "Programa de Discapacidad Prolongada", será el de la Prima Básica para Funcionarios Nacionales 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 PN-8.04 "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 Nacional, 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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales con Concesión de Beneficios según el cronograma progresivo de subsidio de conformidad con la norma PN-8.03-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.

PN-8.03 Anexo 1, Criterios de Concesión de Beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados

Número	PN-8.03-A1-2023-05-SPA	Autoridad de Aprobación	PRE
Fecha de Efectividad	16 mayo 2023	Autoridad de Publicación	PRE
Fecha de Revisión Administrativa	28 noviembre 2023	Documentos de respaldo / sustentatorios	N/A
UBR	HRD	Sección	Corporativa
Coordinador de UBR	Jonathan Rose	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 nacionales. Los criterios para la Concesión de Beneficios dependen de la fecha de contratación del funcionario. Para funcionarios con periodos de empleo discontinuo en el Banco, la fecha de contratación aplicable es la fecha de contratación correspondiente al último periodo 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 Nacionales 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

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.

de jubilación, podrán alcanzar dicha concesión cuando empiecen a recibir la 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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 continúa pagando la Prima Básica de Jubilados Nacionales sin Concesión de Beneficios.

1.2.3.2. Una vez que los funcionarios cumplan con los criterios establecidos, pagarán la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales 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 MEDICO

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 Nacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Nacionales sin Concesión de Beneficios, o la Prima Básica para Funcionarios Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 de Personal PN-8.03 “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 Nacionales sin Concesión de Beneficios.

2.2.3.2. Una vez que los funcionarios cumplan con los criterios establecidos, pagarán la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Nacionales sin Concesión de Beneficios, o la Prima Básica para Funcionarios Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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

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.

3.4. 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 Nacionales 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 Nacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Funcionarios Nacionales en Licencia Prolongada sin Goce de Sueldo, o la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales 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 Nacionales 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 PN-8.04 “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 PN-8.04 “Programa de Discapacidad Prolongada” es obligatoria, requiere el pago de la Prima Básica para Funcionarios Nacionales 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 PN-8.04 “Programa de Discapacidad Prolongada” pueden elegir continuar su participación en el Plan de Seguro Médico pagando la Prima Básica para Funcionarios Nacionales 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 PN-8.04 “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.

PN-8.03 Anexo 2 Programa de Seguro Médico de Jubilados

Número	PN-8.03-2023-05-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 nacionales, y sus dependientes, que participan en el Programa de Seguro Médico.

1. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

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

¹Jubilados nacionales 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 PN-8.03 Anexo 1.

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 ser incapacitado, 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 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 Nacionales con Concesión de Beneficios, o la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales con Concesión de Beneficios, o la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales con Concesión de Beneficios, la Prima Básica de Jubilados Nacionales 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 Nacionales 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. FALSIFICACIÓN Y RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. 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.

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

7. RECUPERACIÓN DE PAGO EN EXCESO

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

7.2. 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.

7.3. 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.

