



PERSONAL ACTIVO Y JUBILADOS

INTERNACIONAL
MANUAL DEL PROGRAMA DE
BENEFICIOS MÉDICOS

TABLA DE CONTENIDOS

ACERCA DE ESTE MANUAL	4
SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS	6
1.1 Repaso de sus Beneficios	6
1.2 Nuevo en el programa	7
1.3 Primas de Beneficios Médicos	7
1.4 Equipo de Bienestar y Beneficios de Salud (EW&HB)	7
1.5 Contactar el BID sobre una Enfermedad o Lesión relacionada con el Trabajo	8
1.6 Administración de Planes	8
1.7 Elegibilidad y Cobertura	9
SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO	11
2.1 Plan Médico General	11
2.2 Tabla de Servicios Médicos Cubiertos	11
2.3 Servicios médicos cubiertos	14
2.4 Servicios No Cubiertos	15
2.5 Garantía de Pago (GOP)	16
2.6 Manejo de Casos	16
2.7 Descripción general de Medicare	17
SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS	21
3.1 Cómo funciona el Plan de Medicamentos	21
3.2 Compra de Medicamentos por Correo/a Domicilio	21
3.3 Beneficios para medicamentos recetados	22
3.4 Servicios No Cubiertos	22
SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN	24
4.1 Cómo funciona el Plan para el cuidado de la Vista	24
4.2 Frecuencia de sus beneficios	24
4.3 Recepción de sus beneficios	24
4.4 Tabla de Beneficios del Plan de Visión	25

SECCIÓN 5. PLAN DENTAL	27
5.1 Cómo funciona el Plan Dental	27
5.2 Cuadro de Servicios Dentales Cubiertos	27
5.3 Beneficios Máximos.....	28
5.4 Pre-Determinación de Beneficios	28
5.5 Cobertura de Daños Accidentales	28
5.6 Cuando Comienza el Tratamiento	29
5.7 Gastos No Cubiertos	29
SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO	31
6.1 Solicitud de Reembolso para Planes Médico/Dental	31
6.2 Solicitud de Reembolso de Medicamentos	31
6.3 Plazo para la presentación de reclamos en un año calendario	32
6.4 Explicación de Beneficios (EOBs)	32
6.5 Provisiones Especiales.....	32
SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES	34
7.1 Servicios No Cubiertos por el Programa	34
7.2 Cobertura del Seguro Medico vs Seguro de Automoviles	34
7.3 Subrogación	34
7.4 Coordinación de Beneficios	35
SECCIÓN 8. PLANES DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO PARA PERSONAL RETIRADO	38
SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS	40

ACERCA DE ESTE MANUAL

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

El programa incluye la cobertura para:

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

El manual explica cada uno de estos planes, sección por sección. Destaca lo que está cubierto, y todo lo que necesita saber acerca de cómo funcionan sus beneficios. También proporciona información útil sobre a quién contactar si usted necesitara ayuda adicional.

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 americanos.

¹ Este manual también se aplica a la Corporación Interamericana de Inversiones (CII)

SECCIÓN 1

SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS

1.1 REPASO 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.

La tabla a continuación ofrece una visión preliminar de los planes. Encontrará más detalles acerca de cada plan en las secciones de este manual.

Tipo de Plan	Beneficios
Médico	Plan de Beneficios Definidos. En los EE.UU., miembros del Plan pueden acceder a beneficios dentro y fuera de la red a través de una Red de Proveedores Preferenciales (PPO)
	Cubre las visitas al consultorio del médico, atención de emergencia, hospitalización, atención preventiva, y muchos otros servicios
Medicamentos recetados	Medicamentos genéricos y de marca disponibles en las farmacias de todo el país, y por correo
Cuidado de la Vista	Cubre una parte de los gastos de exámenes de la vista, marcos y lentes, y lentes de contacto
Dental	Cubre la mayor parte del costo de la atención preventiva, diagnóstico y atención de restauración básica. Beneficios adicionales para atención importante de restauración y para ortodoncia
Beneficio por Muerte de Jubilados	Proporciona beneficios por muerte para jubilados y sus cónyuges

1.2 NUEVO EN EL PROGRAMA

Durante los primeros 30 días de cobertura, si usted incurre en gastos médicos elegibles, deberá pagar en el momento de la prestación del servicio y presentar sus reclamos sucesivamente. Durante este período también está prevista la llegada de su tarjeta de identificación. La información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso aparecen en la Sección 8: Presentar una solicitud de reembolso.

Si usted necesita apoyo para encontrar un proveedor médico, por favor póngase en contacto con el administrador¹ del plan.

1.3 PRIMAS DE BENEFICIOS MÉDICOS

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

1.4 EQUIPO DE BIENESTAR 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 Banco en la prestación de la cobertura para atención médica, atención dental, medicamentos, cuidado de la vista, seguro de vida y AD & D, así como beneficios por discapacidad a largo plazo, para los miembros de sus planes.

El equipo de EW&HB gestiona la relación con los administradores del plan y los proveedores de seguros de vida que, a su vez, proporcionan servicios administrativos asociados con el uso de los beneficios por parte de los participantes.

¹ El Administrador del Plan es una empresa externa que proporciona servicios de administración para los planes del Banco.

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

Usted puede comunicarse con el EW&HB para lo siguiente:

- Presentar reclamos de Discapacidad a Largo Plazo
- Designar beneficiarios de pólizas de seguros bajo las reglas del seguro de vida
- Presentar reclamos de pago de seguros de vida para el personal y sus dependientes
- Solicitar orientación en procesos de apelación de reclamos

Sitios Web y E-mail

<http://HRD/> (sólo Intranet)

HRD/INS@iadb.org

www.iadb.org/retirees

Teléfono

1-202-623-3137

1-202-623-3305 (fax)

Correo

IDB Insurance

1300 New York Avenue NW

Mail Stop E-0403

Washington DC, 20577

Para obtener más información acerca de la elegibilidad y acerca de los reclamos de pago, por favor póngase en contacto con el administrador del plan. La información de contacto está disponible en la sección “Administración de Planes” de este manual.

Además de proporcionar servicios relacionados con beneficios médicos, el EW&HB es también responsable del desarrollo y mantenimiento de programas e iniciativas que apoyan y alientan a nuestro personal para mantener un estilo de vida saludable. Los siguientes servicios están incluidos:

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)³

Servicio gratuito 24/7, asesoramiento confidencial, apoyo y referencias para el personal del Banco, y dependientes elegibles para hacer frente al estrés y

³ Acrónimo del inglés Employee Assistance Program

los problemas de relación interpersonal, incluyendo temas relacionados con violencia doméstica.

Centro de Servicios de Salud (HSC)⁴. Ofrece una variedad de servicios para el personal de las oficinas en la sede y las oficinas en los países. Servicios en la sede: cuidados de enfermería, atención de emergencia, servicios de laboratorio. Servicios en la sede y las Representaciones: manejo de casos, consejería, referencias de educación y salud, vacunación y exámenes médicos.

⁴ Acrónimo del inglés Health Services Center

Programas de Bienestar. Sensibilizar y proporcionar oportunidades para la adopción de medidas relacionadas con la salud en temas específicos: el calendario de bienestar, feria de salud, evaluaciones ergonómicas y seminarios relacionados con el bienestar.

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

⁵ Quiet Room

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

Si usted se lesiona o se enferma debido a un incidente relacionado con el trabajo, debe informar al Banco de inmediato para recibir el apoyo y los beneficios necesarios.

Lugar y horario	A Quién notificar	Teléfono
Sede durante el horario regular	Supervisor del Centro de Salud	202-623-3135
Sede durante el horario no regular	Seguridad	202-623-3300
Oficina en el País (COF)*	Representante	
Viajando en misión de trabajo*	Jefe de misión de trabajo	

*Durante una misión oficial o si ha sido asignado a un COF⁶, por favor notifique al Representante o Jefe de la Misión de trabajo. Él o ella debe proporcionar un informe completo por escrito del incidente al equipo de EW&HB dentro de siete días.

1.6 ADMINISTRACIÓN DE PLANES

El Banco contrata a empresas externas, llamadas administradores del plan, para procesar reclamos, ayudar con el diseño y la ejecución de actualizaciones de beneficios, acceso a red de proveedores, y facturación en nombre del BID. Para el seguro de vida, el Banco contrata a una compañía de seguros para proporcionar cobertura bajo estos términos. La Secretaría Ejecutiva del Plan de Retiro del Personal (SRP)⁷ gestiona el beneficio por fallecimiento de la pensionada/o (s).

La asignación del administrador de su plan depende del lugar donde reside el miembro del personal activo o pensionado. Independientemente de donde usted recibe servicios médicos o de otro tipo, su administrador del plan o de reclamo sigue siendo el mismo.

⁶ Acrónimo del inglés de Country Office

⁷ Acrónimo del inglés Staff Retirement Plan

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Correo
Si usted reside en los Estados Unidos su administrador del Plan es CIGNA Healthcare	www.mycigna.com iadb@cigna.com	1-855-511-6371 Fax: 1-844-851-6241 24/7/365 Atención al cliente en Inglés y Español Visión: 1-877-478-7557 Entregas de Medicamentos: 1-800-285-4812 1-855-511-6371	CIGNA Healthcare Plan Médico : P.O. Box 188060 Chattanooga, TN 37422 Plan Dental: P.O. Box 188037 Chattanooga, TN 37422 Plan de Farmacia: P.O. Box 188053 Chattanooga, TN 37422 Visión: P.O. Box 997561 Sacramento, CA 95899
Si usted reside fuera de los EE.UU. su administrador del Plan es CIGNA IGO	www.CIGNAhealthbenefits.com iadb.global@CIGNA.com	1-305 908 9171 1-202 623 5577 1-305-908 9211 Fax: 305-908-9093 24/7/365 Atención al cliente en Inglés y Español	CIGNA IGO Health Benefits P.O. Box 260790, Miami, FL 33126 Entrega al día siguiente: CIGNA International Health Services 701 Waterford Way 4th Floor, Suite #425 Miami, FL 33126

Por favor, tenga en cuenta:

- Usted puede ponerse en contacto con el administrador del plan para saber más sobre: 1) Cómo funcionan sus beneficios; 2) Qué está cubierto; 3) Beneficios y elegibilidad de los miembros; 4) Encontrar un médico o proveedores; y 5) Estados de los reclamos.

- Usted necesitará su número de tarjeta de identificación y la información de cuenta a la hora de contactar el administrador del plan. La información de contacto está también disponible en la parte posterior de su tarjeta de identificación de seguro.

Los sitios de internet seguros de los administradores del plan 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 la elegibilidad, participación obligatoria y voluntaria, de inscripción y terminación de la cobertura, por favor refiérase a la Regla del Personal PE-375 y sus anexos 1 y 2.

SECCIÓN 2

PLAN MÉDICO

SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO

El Plan Médico proporciona beneficios médicos integrales para usted y sus familiares cubiertos por el seguro.

2.1 PLAN MÉDICO GENERAL

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

- Visitas a consultorios médicos
- Atención de rutina y preventiva
- Servicios de hospital para pacientes hospitalizados
- Servicios ambulatorios en hospitales, consultorios médicos y en otras instalaciones
- Atención de emergencia
- Atención de urgencia

Proveedores Dentro de la Red versus Proveedores Fuera de la Red. El plan se denomina Plan de Beneficios Definidos y proporciona beneficios por servicios tanto en la red de Proveedores Preferenciales (Preferred Provider Organization o "PPO") como fuera de la red. Cada vez que necesite atención médica, usted elige el nivel de beneficios que desea recibir. Sus beneficios son mayores cuando utiliza proveedores de la red PPO. Si usted decide utilizar proveedores fuera de la red, usted todavía está cubierto por el Plan Médico. Sin

embargo, tendrá que pagar una suma deducible y un mayor porcentaje del costo. Generalmente, usted paga más por los servicios fuera de la red.

2.1.1 ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si usted recibe atención médica fuera de los EE.UU. sus reclamos serán considerados dentro de la red. Eso significa que usted no tendrá que pagar una suma deducible y que el Plan pagará el nivel mayor de beneficios dentro de la red.

2.1.2 LOCALIZAR PROVEEDORES PPO

Inicie una sesión en el sitio internet del administrador de reclamos de pago. Allí, usted encontrará información actualizada sobre los hospitales de la red, los médicos y otros proveedores de salud en su área.

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 aparece en la Sección Glosario de Términos de Beneficios.

2.2 TABLA DE SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Máximo por Vida	EN LA RED Sin Límite	FUERA DE LA RED Sin Límite
Deducible (por año calendario)		
• Individual	Ninguno	\$500
• Máximo por Familia	Ninguno	\$1,000
Calculo Máximo Familiar:		
Máximo individual - Miembros de la familia deberán alcanzar su deducible individual para que sus reclamos sean cubiertos por el co-seguro; si el deducible familiar ha sido alcanzado antes de su deducible individual sea alcanzado, sus reclamos serán pagados al nivel del co-seguro del plan.		
Desembolso Máximo del Participante (por año calendario)		
Incluye deducibles	No aplicable	Sí
Máximo individual	\$1,000	\$2,000

Máximo por familia	\$2,000	\$4,000
--------------------	---------	---------

Incluye penalización por no cumplir con el requisito de certificación previa	No	No
--	----	----

Incluye los cargos pagados en exceso de lo Razonable y Habitual (R&C) de los Gastos Médicos	No aplicable	No
---	--------------	----

Calculo Máximo Familiar:

Máximo individual - Miembros de la familia deberán alcanzar su desembolso individual para que sus reclamos sean cubiertos al 100%; si el desembolso familiar ha sido alcanzado antes de su desembolso individual sea alcanzado, sus reclamos serán pagados al 100%.

	El Plan Pagará	El Plan Pagará
Visitas al Consultorio Médico		
• Por Enfermedad	90%	80% de R&C, después del deducible
• Por Lesiones	Ver Atención de Emergencia	Ver Atención de Emergencia
Atención Preventiva de Rutina	100%	100% de R&C
• Para todas las edades - Incluye cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, eletrocardiograma (EKG) y otros exámenes de laboratorio, complemento estándar del beneficio de cuidado preventivo		
• Para todas las edades - Inmunizaciones (incluye el costo de inmunizaciones biológicas o de medicamentos para propósitos de viajes)		
Cirugía	100%	100% de R&C
• Segunda opinión de Cirugía (incluye laboratorio y rayos X)	100%	100% de R&C
Exámenes de Pre-admisión	100%	80% de R&C después del deducible
Servicios para Pacientes Hospitalizados		
• Habitación Semiprivada (SP)	100% (del monto acordado)	80% de R&C después del deducible
• Habitación Privada	100% (del monto acordado para SP)	80% de R&C después del deducible (hasta al límite del monto SP)
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	100% (del monto acordado)	80% de R&C, después del deducible (hasta el límite del costo diario de ICU)
• Visitas / Consultas Medicas	90%	80% de R&C, después del deducible
• Servicios profesionales	100%	80% de NRA, después del deducible
Cirugía Ambulatoria		
• Servicios Ambulatorios	100%	80% de R&C, después del deducible
• Servicios Profesionales	100%	80% de R&C, después del deducible
Atención de Emergencia		
• Incluye los servicios de ambulancia cuando es médicamente necesario	100%	100% de R&C, después del deducible
• Visitas a Salas de Emergencia	100 % después del deducible de \$100. Deducible no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital	100 % de R&C después del deducible de \$100. Deducible no se aplica si el paciente es ingresado en el hospital
Servicios de Laboratorio y Radiografía		
• En un hospital como paciente externo	100%	80% de R&C, después del deducible
• En un laboratorio clínico y de radiografía	90%	80% de R&C, después del deducible
• En un consultorio médico	90%	80% de R&C, después del deducible
Rehabilitación Ambulatoria a Corto Plazo		
• Revisión de necesidad médica necesaria después de 30 visitas por año calendario, con excepción de acupuntura	90%	80% de R&C, después del deducible
Diálisis Renal	90%	80% de R&C, después del deducible

	The Plan Will Pay	The Plan Will Pay
Atención Médica a Domicilio /Enfermero/a registratado		
• Hasta 40 visitas por año calendario	90%	80% de R&C, después del deducible
Enfermeras Privadas para Pacientes Externos	90%	80% de R&C, después del deducible
Centro de Atención Terminal (Hospice)		
• Habitación semiprivada o privada	100%, (basado en el monto acordado)	80% de R&C, después del deducible (hasta el límite del costo de SP)
Trasplante de órganos (Incluye todos los trasplantes médicamente apropiados, no experimentales)		
• Pacientes hospitalizados	100%	80% de R&C, después del deducible
• Habitación semiprivada (SP)	Limitado a monto acordado de SP	80% de R&C, después del deducible (hasta el límite del costo de SP)
• Habitación privada	Limitado a monto acordado de SP	80% de R&C después del deducible (hasta el límite del costo de SP)
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	Limitado al monto acordado	80% de R&C, después del deducible (hasta el límite del costo diario de ICU)
• Servicios de médicos (quirúrgicos)	100%	80% de R&C, después del deducible
• Visitas para pacientes hospitalizados/consultas	90%	80% de R&C, después del deducible
Equipo Médico Durable	90%	80% de R&C, después del deducible
Accesorios Protésicos Externos	90%	80% de R&C, después del deducible
Salud Mental y Abuso de Sustancias Tóxicas		
• Pacientes Hospitalizados	100%	80% de R&C, después del deducible
• Honorarios Médicos	90%	80% de R&C después del deducible
• Paciente Externo	90%	80% de R&C, después del deducible
Maternidad		
• Visita inicial para determinar el embarazo	90%	80% de R&C después del deducible
• Parto (incluye las visitas pre y postnatales)	100%	80% de R&C, después del deducible
• Hospital (incluye centros de maternidad)	100%	80% de R&C, después del deducible
Aborto (Incluye los procedimientos electivos o no electivos para cualquier miembro elegible de la familia)		
• Visitas al consultorio médico	90%	80% de R&C, después del deducible
• Establecimiento para pacientes hospitalizados	100%	80% de R&C, después del deducible
• Establecimientos de atención ambulatoria	100%	80% de R&C, después del deducible
• Servicios medico quirúrgicos	100%	80% de R&C después del deducible
Planificación Familiar		
• Visitas al consultorio médico(incluyendo pruebas y asesoramiento)	90%	80% de R&C, después del deducible
• Procedimientos de esterilización quirúrgica (por vasectomía / ligadura de trompas, incluyendo la reversión del procedimiento)	100%	80% de R&C, después del deducible
Tratamiento de la Infertilidad, Máximo de por vida de \$50,000		
• Visitas al consultorio médico (incluyendo pruebas y asesoramiento)	90%	80% de R&C, después del deducible
• Procedimientos quirúrgicos para la infertilidad (incluye IA, FIV, GIFT, ZIFT, etc.)	100%	80% de R&C, después del deducible
Beneficios para Audífonos		
• Evaluación audiológica o prueba, y cualquier aparato (s) prescrito (s), incluyendo su reparación.	80% hasta un máximo de \$5,000 cada cinco años	80% hasta un máximo de \$5,000 cada cinco años
Primer par de anteojos después de una cirugía de cataratas	80%	80%

2.3 SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- Beneficios para Atención Médica de Rutina. Usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para los beneficios para atención médica de rutina (por ejemplo, vacunación, exámenes físicos anuales, etc.).
- Ambulancias. Los costos del servicio local de ambulancia hacia o desde el hospital más cercano, donde se pueden proporcionar los tratamientos y la atención médica necesaria. El servicio de ambulancia local incluye helicópteros Medivac, siempre y cuando su utilización sea médicamente necesaria.
- 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 coberturas).
- 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 la atención y el tratamiento médico.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. Gastos de una entidad acreditada con licencia para prestar servicios de salud mental, para el cuidado y tratamiento de las enfermedades mentales para pacientes externos.
- Tratamiento por abuso de alcohol y drogas para pacientes externos. Gastos de una entidad independiente autorizada y acreditada para el suministro de servicios y tratamientos por abuso de alcohol y drogas, para pacientes externos.
- Honorarios Médicos y de otros profesionales. Honorarios de un médico, un psicólogo y otros profesionales con licencia para prestar servicios de atención médica.
- Servicios de enfermería profesional. Gastos de servicios profesionales de enfermería.
- 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 del mismo. Su administrador de reclamos asignado debe aprobar todas las compras de equipos médicos durables.
- Instrumentos protésicos. Reemplazos externos de una parte del cuerpo.
- Vendajes y recetas. Gastos por vendajes, drogas y medicamentos legalmente aprobados: sólo con la prescripción escrita por un médico.
- Terapia Física, terapia ocupacional, o del lenguaje. Gastos por tratamientos de terapia física, ocupacional o del lenguaje proporcionados por terapeutas licenciados.
- Trasplantes de órganos. Gastos incurridos por o relacionados con servicios de trasplante de órganos aprobados, incluyendo medicamentos de supresión inmunológica; costos de adquisición de órganos y los gastos médicos del donante. 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 después de la cirugía de cataratas.

- Atención a Domicilio. Gastos por los servicios prestados por una agencia de cuidado de salud en el hogar para los siguientes servicios y suministros médicos proporcionados bajo los términos de un plan de atención a domicilio para la persona nombrada en ese plan:
 - atención de enfermería a tiempo parcial o de servicio discontinuo bajo la supervisión de una enfermera graduada y registrada.
 - atención de enfermería a tiempo parcial o los servicios discontinuos de un/una ayudante de salud en el hogar.
 - terapia física, terapia ocupacional, respiratoria o del lenguaje.
 - Suministros médicos; drogas y medicamentos legalmente aprobados sólo por receta escrita por un médico; servicios de laboratorio, pero sólo en la medida en que tales gastos hubiesen sido considerados gastos cubiertos, si la persona hubiera requerido confinamiento en un hospital como paciente registrado en un centro de enfermería especializada.
- Residencia para enfermos terminales (Asilo). Gastos 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 las limitaciones presentes en la tabla de coberturas.
 - por servicios provistos por una entidad de atención clínica terminal a pacientes externos
 - por servicios profesionales de un médico.
 - por tratamiento para alivio del dolor, incluyendo drogas, medicamentos y suministros médicos.

2.4 SERVICIOS NO CUBIERTOS

A continuación se presenta una lista de los servicios no cubiertos. Si tiene alguna pregunta acerca de si el

Plan Médico cubre un servicio en particular, póngase en contacto con el administrador de del Plan.

El Plan Médico no cubre los beneficios para:

- Servicio de avión -ambulancia .
- Gastos por o en relación con procedimientos experimentales o métodos de tratamiento no aprobados por la Asociación Médica de los Estados Unidos o por la sociedad de la especialización médica pertinente o por autoridades nacionales competentes.
- Las sanciones impuestas por cualquier requisito de certificación que se muestran en la tabla de coberturas.
- 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 co-seguro o montos deducibles).
- Amniocentesis e Ultrasonido, o cualquier otro procedimiento solicitado únicamente para la determinación del sexo de un feto, a menos que sea médicamente necesario para determinar la existencia de un trastorno genético ligado al sexo.
- Servicios de Cirugía Transexual y servicios relacionados.
- Gastos 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; o (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 cualquiera de sus dependientes que tengan menos de 16 años de edad para corregir una anomalía congénita.
- Gastos por una segunda opinión quirúrgica prestados más de seis meses después de que un cirujano haya recomendado anteriormente el procedimiento quirúrgico.
 - Gastos por o en conexión con las refracciones oculares de rutina, ejercicios oculares, y para el tratamiento quirúrgico para la corrección de los defectos refractivos, incluyendo queratotomía radial, cuando anteojos o lentes de contacto pueden ser usados, con excepción de lo previsto en el programa del plan de cuidado de la vista.
 - Atención de Salud a Domicilio. Los siguientes gastos por servicios de una agencia de cuidado de salud en el hogar no se incluyen como gastos cubiertos:
 - Visitas de atención médica en el hogar en exceso de 40 durante un año calendario (cada visita hecha por un/a empleada/o de una agencia de salud en el hogar se considera una visita médica a domicilio, y cada cuatro horas de servicios de asistencia de salud en el hogar se considera una visita de atención a domicilio).
 - Atención o tratamiento que no está indicado en el plan de atención a domicilio; o
 - Cualquier período en que una persona no está bajo el cuidado de un médico
 - Asistencia para Enferma/o (s) Terminales. (Asilo) Los siguientes gastos por servicios de cuidado para enferma/o (s) terminales no se incluyen como gastos cubiertos:
 - Cualquier período en que usted o su dependiente no está bajo el cuidado de un médico.

- Servicios o suministros que no figuran en el programa de asistencia para enferma/o (s) terminales.
- Todos los procedimientos curativos o destinados para prolongar la vida.
- Servicios o suministros que son principalmente para ayudar a usted o su dependiente en la vida diaria; o
- Cuando tales gastos estén cubiertos por otros beneficios de acuerdo con la tabla de cobertura.

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

2.5 GARANTÍA DE PAGO (GOP)¹

Fuera de los Estados Unidos, el administrador del plan asignado ha establecido mecanismos para facilitar la coordinación de pago de hospitalización y cirugía, mediante la emisión de una Garantía de Pago. Una GOP es una promesa de pago emitida por el administrador del plan en nombre del miembro asegurado, antes de que se preste el servicio médico.

La GOP establece los procedimientos o servicios a prestar, los gastos a pagar y el proveedor de servicios para recibir el pago. Los Miembros pueden iniciar el proceso de GOP antes que sea programada su hospitalización o cirugía.

Para procesar una GOP por favor comuníquese con el administrador del Plan.

2.6 MANEJO DE CASOS

Si usted o uno de sus familiares cubiertos necesita tratamiento médico por una enfermedad grave, el servicio de Manejo de Casos ofrecido por el

¹ Acrónimo del inglés Guarantee of Payment

administrador del plan puede ser útil.

2.6.1 CÓMO PUEDE AYUDAR

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

La decisión de utilizar el servicio de Manejo de Casos depende totalmente de usted, sin embargo tenga en cuenta que puede proporcionar ayuda para encontrar los recursos y el tratamiento adecuado cuando usted y su familia más lo necesiten.

2.6.2 COSTO DE GESTIÓN DE CASOS

El administrador de reclamos ofrece este servicio sin costo alguno.

2.6.3 CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO

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

Las/os administradoras/os de casos son enfermeros/as registrados que son apoyados por otros profesionales de cuidados clínicos, cada uno/una entrenados o con credenciales en un área clínica específica. Las/os Administradoras/os de casos también reciben el apoyo de un grupo de médicos asesores quienes aportan información actualizada sobre programas de tratamiento actualizados con el empleo de la tecnología médica más reciente.

Su administrador/a de casos se comunica con usted, su familia y su médico durante su

tratamiento, coordinando el cuidado del paciente y asegurándose que tenga acceso a los servicios y el apoyo que necesita.

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

2.7 DESCRIPCIÓN GENERAL DE MEDICARE

Si usted (o cualquiera de sus dependientes cubiertos) son elegibles por Medicare para recibir beneficios debido a su edad u otros motivos, es necesario saber la manera en la que se combinan los beneficios de Medicare con los beneficios del Plan Médico del BID. Para el Plan del Banco la participación en Medicare Parte B es obligatoria.

Medicare es el programa de seguro médico y hospitalización patrocinado por el Gobierno de Estados Unidos. Hay ciertos requisitos de elegibilidad para Medicare que usted debe conocer. Está obligado a inscribirse si es:

- Un/a ciudadano/a o extranjero/a residente en los EE.UU.
- Califica por edad (65) y matrimonio.
- Califica por residencia;
- Elegible para participar por cualquier otra razón.

Medicare se compone de dos partes – La Parte A es para el seguro de hospitalización y la Parte B es para el seguro médico.

La Parte A contribuye al pago de: atención en los hospitales, centros de enfermería especializada, residencias para enfermos terminales (hospicio), y para cierto tipo de atención médica a domicilio, sin costo alguno para usted. Para ser elegible para la Parte A de Medicare, usted (o su cónyuge) tendrá que haber pagado impuestos a Medicare durante 10 años (o 40 trimestres). Si usted cumple con

estos requisitos, está automáticamente inscrito para la cobertura en la Parte A.

La Parte B contribuye a pagar de: gastos médicos, atención ambulatoria en hospitales, y algunos otros servicios médicos que la Parte A no cubre. Usted está obligado a inscribirse en la Parte B de Medicare y de pagar la prima mensual correspondiente, por la cual recibirá un reembolso por parte del BID

2.7.1 REEMBOLSO DE LA PRIMA PARA LA PARTE B

PARA LOS NUEVOS PARTICIPANTES

Cuando usted haya recibido su Tarjeta de Identificación de Medicare en la que figura su inscripción en Medicare Parte B, usted tiene que enviar una fotocopia de la tarjeta de identificación al EW&HB del Banco - para que sea registrado y poder recibir el reembolso por el pago de la prima Medicare Parte B.

PARA LOS PARTICIPANTES ACTUALES

Si usted está recibiendo un pago mensual del Seguro Social del Gobierno de Estados Unidos, su prima de Medicare Parte B de se deduce de ese pago mensualmente. Al recibir su fotocopia de la Tarjeta de Medicare, se le reembolsará mensualmente por el pago de la prima Medicare Parte B.

Si no está recibiendo Seguro Social, usted recibirá una factura trimestral de Medicare. Enviando una copia de dicha factura a la siguiente dirección de P&A, recibirá el reembolso mensual equivalente a la prima de Medicare Parte B de cada mes.

Procedimiento de reembolso

Para recibir el reembolso usted está obligado a enviar al P&A Group una fotocopia de la carta de

la Administración del Seguro Social que indica su prima mensual (año en curso) de Medicare Parte B. Usted puede enviar la fotocopia de esta carta por correo o fax a la siguiente dirección:

Correo: The P&A Group
Flex Department
Attn: IDB Reimbursement Account
17 Court Street, Suite 500
Buffalo, NY 14202

Fax: Número gratuito (855) 362-7711 (línea participantes BID)

La carta será recibida por el P&A Group que garantizará el reembolso correcto de sus primas.

Servicios de P&A Group:

P&A Group ofrece servicios relacionados con el proceso de reembolso de la siguiente manera:

Cuenta de internet para administrar y monitorear sus reembolsos.

Acceso por internet a su cuenta 24/7 consultando www.padmin.com

Servicio al Cliente llamando al 1 (800) 688-2611 de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm ESTE

Notificaciones a su cuenta de correo electrónico sobre el estado de su reembolso y otra información

Solicitud de reembolso de prima por internet

2.7.2 DÓNDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN

Recuerde que los beneficios de Medicare están disponibles sólo para aquellas/os que cumplen con los criterios de elegibilidad del Gobierno de Estados Unidos - como llegar a la edad de 65 años, por ejemplo. Si tiene preguntas acerca de

la elegibilidad de Medicare, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social al menos tres meses antes de cumplir los 65 años.

Existe un número de teléfono gratuito patrocinado por el Gobierno de Estados Unidos, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Una vez que usted esté conectado, puede iniciar el proceso de inscripción, solicitar publicaciones de Medicare, o escuchar información pregrabadas en Inglés o Español. También puede acceder al sitio de internet de Medicare <http://www.medicare.gov>.

2.7.3 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS DEL BID CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Si usted es elegible para recibir beneficios médicos de Medicare, el Plan Médico del BID ofrece beneficios después de que Medicare paga su parte de sus gastos cubiertos. Es decir que Medicare paga en primer lugar y el BID en segundo lugar.

Una vez que Medicare haya pagado su parte de la cobertura, el Plan Médico del BID paga el 100% del balance de los gastos permitidos. Para los gastos elegibles que Medicare no cubre, el Plan Médico del BID también proveerá un reembolso de 100%.

Recuerde que, sin embargo, este nivel de reembolso sólo se aplica a aquellas/os empleados, retirados y sus dependientes cubiertos elegibles para recibir el beneficio médico de Medicare.

2.7.4 UTILIZAR PROVEEDORES NO AFILIADOS A MEDICARE

La mayoría de los médicos participan en el programa de Medicare. Si usted es elegible para recibir beneficios de Medicare, pero su médico no participa en el programa, el Plan Médico del BID le reembolsará por los gastos elegibles como si usted no calificara para Medicare.

Los proveedores que no están afiliados a Medicare deben dar a los miembros del Plan Médico del BID una copia de la carta que testifica de su no participación (Opt-out letter) CIGNA tendrá que haber recibido esta carta antes de poder procesar su reclamo. Ver tabla de servicios médicos cubiertos.

SECCIÓN 3

PLAN DE MEDICAMENTOS

SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS

En los Estados Unidos - El Plan de Medicamentos Recetados ofrece cobertura para medicamentos que requieren: (a) una receta escrita por un médico en los EE.UU., y (b) para medicamentos que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos de EE.UU. En esta Sección, podrá conocer más sobre el funcionamiento del programa, y cómo mantener bajos sus gastos para medicamentos recetados.

En otros países: No importa donde se encuentre, usted está cubierto el plan de medicamentos. Simplemente compre sus medicamentos y someta el reclamo a su administrador.

3.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE MEDICAMENTOS

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

La excepción a esta regla es cuando su médico indica en la receta que el farmacéutico debe dispensar el medicamento exactamente como indica la receta. Para esto, los médicos a menudo usan el término “DAW” que es el acrónimo del inglés “Dispense as Written”.

Al llevar sus recetas en una farmacia que es parte de la red de su administrador del plan, todo lo que necesita hacer es mostrar su tarjeta de identificación del Plan de Atención Médica. Usted tendrá que pagar un “co-pago”; una cantidad fija en dólares que paga por sus recetas.

Si usted está de visita en los EE.UU., se dará cuenta que la mayoría de las cadenas de farmacias son parte de la red del administrador del plan. Usted puede ir a cualquier farmacia que desee, sin embargo, sus costos son más altos cuando utiliza una farmacia que no es parte de la red. El Plan del Administrador de Servicios para miembros puede indicarle qué farmacias son parte de la red.

Mientras esté en los EE.UU., para poder comprar sus medicamentos tendrá que usar su tarjeta para recetas de CIGNA Healthcare. Para el reembolso de medicamentos recetados comprados en los EE.UU. debe utilizar su tarjeta de identificación de CIGNA (ID card) para recetas. Envíe su reclamo de pago a CIGNA Healthcare a la dirección de correo electrónico iadb@cigna.com.

3.2 COMPRA DE MEDICAMENTOS POR CORREO/A DOMICILIO

CIGNA Home Delivery Pharmacy, ofrece una opción de venta por correo solamente en los EE.UU. cuando usted tiene recetas para medicamentos que necesita regularmente para tratar una condición crónica (es decir, medicamentos para diabetes, para evitar enfermedades cardiovasculares, para reducir el colesterol). Cuando usted utiliza CIGNA Home Delivery Pharmacy, obtendrá una provisión mayor del medicamento de mantenimiento SIN incurrir en co-pago.

Para utilizar esta opción de venta por correo, póngase en contacto con CIGNA Home Delivery Pharmacy 1-800-285-4812. Los representantes de CIGNA Home Delivery Pharmacy le ayudarán a

conocer todos los detalles. También puede visitar la página <http://www.mycigna.com> siguiendo las instrucciones para obtener información sobre los pedidos por correo.

Si usted reside fuera de USA, la opción de “CIGNA Home Delivery Pharmacy” no está disponible porque

las leyes de USA no permiten enviar medicamentos.

En las farmacias, su receta incluirá un suministro hasta un máximo de 30 días. En los EE.UU., y sólo en los EE.UU. puede usar el programa de Cigna Pharmacy: para pedidos por correo, es necesario indicar una dirección de correo en los EE.UU.

3.3 BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

En los EE.UU.

Nivel	Co-pago	Co-pago
	Compra en farmacias 30 días de suministro	Envío de sus medicamentos por correo• 90 días de suministro
Generico	\$5	\$10
Medicamento de marca (preferencial)	\$15	\$30
Medicamento de marca (no-preferencial)	\$30	\$60
Medicina special	\$40	\$80

Fuera de los EE.UU.

Co-pago	\$5	NA
---------	-----	----

Medicamentos Lifestyle (e.g. disfunción eréctil, impotencia)
- Límite de 4 pastillas al mes

* \$0 co-pago de medicamentos enviados por correo, de marcas genéricas y preferenciales únicamente para condiciones preventivas como la presión arterial alta, colesterol alto, diabetes, asma, osteoporosis, paro cardíaco, accidente cerebrovascular, y la deficiencia de nutrientes prenatal

Si usted tiene planeado viajar y necesita un suministro de Medicamentos Recetados por un tiempo superior a 90 días, puede ponerse en contacto con CIGNA y pedir un suministro para vacaciones llamando a CIGNA Pharmacy : 1-800-285-4812

3.4 SERVICIOS NO CUBIERTOS

El Plan de Medicamentos Recetados no paga por:

- Medicamentos o sustancias experimentales no aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos de los EE.UU., o de otra autoridad nacional, donde tiene lugar el tratamiento.
- Medicamentos cuya etiqueta indique: “Atención – Uso Restringido por Ley Federal con Fines de Investigación”.
- Medicamentos de venta libre.
- Vitaminas recetadas, excepto las vitaminas prenatales y ciertas vitaminas que son parte del tratamiento contra el cáncer.
- Suplementos nutricionales herbales o alimenticios. Alimentos medicinales o vitaminas médicas.
- Cualquier medicamento que no contenga ingredientes químicos. Pastillas/ suplementos, cuya composición contiene ingredientes naturales, no serán cubiertas independientemente de cómo se presente la marca en diferentes países.
- Productos homeopáticos, pastillas y medicamentos.
- La medicina china.
- Recetas cosméticas.
- Fitoterapia.
- Tónicos capilares y champús especiales.
- Pastas dentales especiales.

SECCIÓN 4

PLAN DE VISIÓN

SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN

El Plan de visión ofrece beneficios para el cuidado rutinario de la vista para usted y sus familiares cubiertos.

4.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN PARA EL CUIDADO DE LA VISTA

Para recibir los beneficios del cuidado de la vista, usted puede visitar el proveedor autorizado de su elección. Usted y cada uno de sus dependientes cubiertos reciben beneficios para exámenes de la vista, nuevas monturas y lentes, y / o lentes de contacto.

4.2 FRECUENCIA DE SUS BENEFICIOS

Todos los beneficios del Plan de Visión se aplican durante un período de 12 meses. Es decir que cada 12 meses, tiene cobertura para un nuevo examen de la vista siempre que sea requerido por su médico. Igualmente funciona para marcos, lentes y lentes de contacto.

Una vez que utilice un servicio del Plan de Visión tendrá que esperar un año calendario antes que el plan pague nuevamente beneficios por los mismos servicios.

4.3 RECEPCIÓN DE SUS BENEFICIOS

El plan pagará los beneficios correspondientes sobre el costo aprobado después de su visita al oftalmólogo u optometrista. Usted enviará al administrador de reclamos de pagos sus facturas y todos los recibos pertinentes para el reembolso.

Para los miembros del plan fuera de los EE.UU., se aplican los gastos máximos dentro de la red. El plan para miembros fuera de los EE.UU. reembolsa a sus miembros después de que hayan incurrido en los gastos médicos.

Todos los miembros del plan recibirán una tarjeta de Identificación de seguro de CIGNA para el cuidado de la vista. Miembros del plan que residan fuera de Estados Unidos Pueden utilizar su tarjeta, mientras visitas EEUU para obtener beneficios dentro de la red (se aplica co-pago). La tarjeta de CIGNA para el cuidado de la vista funcionará de manera similar a la tarjeta de CIGNA Pharmacy.

Notar que las tarjetas de Visión no son personalizadas. Cuando usted, su cónyuge o sus hijas/os irán al oftalmólogo o a una óptica, será suficiente presentar una de las tarjetas al proveedor de servicios. El proveedor entonces llamará al 1-877-478-7557 para verificar la elegibilidad.

No se aplica deducible y tampoco co-seguro para el plan de visión. Simplemente presente sus gastos elegibles para recibir el reembolso correspondiente. En los EE.UU., el administrador del plan dispone de una red de ópticas afiliadas que ofrecen exámenes, gafas y lentes de contacto con descuentos. Si usted acude a estos proveedores reducirá el costo que no es reembolsable. Para obtener información adicional y un directorio de proveedores visite el sitio de internet del administrador del plan.

4.4 TABLA DE BENEFICIOS DEL PLAN DE VISIÓN

Beneficio	Efectivo en 2015	
	Dentro de la RED	Fuera de la RED
Examen de la Vista	100% después de US \$10 de co-pago	Hasta 70% co-seguro
Lentes Mono - focales	100% después de US \$20 de co-pago	Hasta US\$ 40
Lentes Bifocales		Hasta US\$ 65
Lentes Trifocales o Progresivas		Hasta US\$75
Lentes lenticulares		Hasta US\$100
Lentes de Contacto: Terapéuticas	100% sin co-pago	Hasta US\$210
Lentes de Contacto: Electivas	US\$ 250 de descuento sin co-pago	Hasta US\$176
Marcos*	US\$ 250 de descuento	Hasta US\$120
Cirugía Ocular Láser (Lasik)	20% de descuento	N/A
Frecuencia	Cada 12 Meses	

* El co-pago de US\$ 20 para marcos es aplicable solo si los marcos han sido recomendados con una nueva receta. Si el miembro del Plan paga US\$ 20 de co-pago para cualquier tipo de lentes que han sido prescritas, no se aplica un co-pago adicional para los marcos.

Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad del plan para el cuidado de la vista, los beneficios y la red de proveedores, por favor llame el número 1-877-478-7557.

SECCIÓN 5

PLAN DENTAL

SECCIÓN 5. PLAN DENTAL

El Plan Dental cubre a usted y a los miembros de su familia por el cuidado preventivo de rutina, y por otros servicios - incluyendo la ortodoncia - cuando sea necesario.

El Plan Dental cubre el cuidado dental normal, siempre que los gastos sean compatibles con lo razonable y habitual y no excedan los costos que hubieran sido cobrados en ausencia de seguro.

5.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN DENTAL

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

5.1.1 USO DE PROVEEDORES DENTRO Y FUERA DE LA RED

En los EE.UU. el administrador del plan ofrece una red de dentistas que prestan sus servicios a precios de descuento. Si usted utiliza los servicios de uno de los dentistas de la red del administrador del plan, los gastos que le corresponden pagar pueden ser menores.

Si usted no utiliza dentistas de la red, el Plan Dental todavía pagará el mismo porcentaje del costo para gastos elegibles. Para cada tipo de servicio cubierto que necesita, el plan paga un porcentaje del costo total, y usted no paga deducible.

5.2 CUADRO DE SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Cuando usted requiera	El Plan Dental paga	UD paga
Preventivo y diagnóstico de atención, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de rutina y limpiezas (2 por año) • Radiografías de toda la boca (cada 2 años) • Radiografías Oclusales • Radiografías panorámicas (cada 2 años) • Aplicación de flúor (cada año para los menores de 19) • Selladores (cada año para menores de 19 años - dientes posteriores solamente) • Separadores (sólo para tratamientos que no son de ortodoncia) • Atención de emergencia (para aliviar el dolor) 	100%	0%
Atención Restaurativa Básica, tal como: <ul style="list-style-type: none"> • Obturaciones • Tratamiento de conducto • Raspado periodontal y limpieza de sarro en las raíces • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas • Extracciones • Anestesia 	80%	20%

Atención Restaurativa Mayor, tal como:	50%	50%
• Coronas		
• Dentaduras postizas		
• Puentes		
Cirugía oral, tal como:	100%	0%
• Extracciones quirúrgicas		
• Frenectomía		
• Cirugía ósea		
• Implantes		
Ortodoncia	50% (hasta \$ 2,500 máximo de por vida)	50%

Los montos de co-seguro 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 muchos de los servicios cubiertos, el máximo de su beneficio es un límite anual fijo de US \$2.000 para los primeros dos años de afiliación al Plan. Luego, los beneficios máximos anuales aumentan a US\$ 4,000. Este límite se renueva cada año calendario.

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

5.4 PRE-DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando usted y su dentista saben que usted necesitará un trabajo que es más extenso con respecto a la atención de rutina, solicite una "Pre-Determinación de Beneficios" de cobertura. Esto le permitirá a usted y a su dentista saber de antemano lo que va a pagar el Plan Dental. Su dentista deberá incluir información detallada sobre el próximo tratamiento. Una vez CIGNA IGO

revise la información les dejara saber cuál es la cobertura y que porcentaje cubrirá el plan dental.

5.5 COBERTURA DE DAÑOS ACCIDENTALES

- Si un accidente o lesión causa daño a sus dientes naturales y sanos usted está cubierto por los beneficios, y los límites máximos anuales del Plan Dental no se aplican.
- En casi todos los casos, los servicios comienzan en la fecha efectiva en que su dentista inicia la realización de los tratamientos. Estas son las excepciones:
- Puentes Fijos, dentaduras postizas completas o dentaduras parciales: el Servicio comienza cuando se toman las primeras impresiones y/o los dientes de retención están totalmente preparados.
- Coronas, incrustaciones o empastes: el servicio comienza el primer día de la preparación del diente afectado.
- Tratamiento de conducto: El servicio comienza cuando se abre la cámara de la pulpa de los dientes.

5.6 CUANDO COMIENZA EL TRATAMIENTO

En casi todos los casos, los tratamientos comienzan cuando su dentista o alguien que trabaja bajo su dirección comienza a realizarlos. Estas son las excepciones:

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

Estos tratamientos se clasifican en una categoría diferente, porque, por su naturaleza, a menudo requieren otros tratamientos relacionados que se consideran parte del mismo tratamiento.

5.7 GASTOS NO CUBIERTOS

El Plan Dental no paga por:

- Procedimientos o tratamientos experimentales que no estén aprobados por la Asociación Odontológica Americana, o por las autoridades nacionales en el país donde usted se encuentre, o por la asociación odontológica pertinente.
- Servicios realizados sólo por razones cosméticas.
- Reemplazo de una pieza dental perdida o robada.
- Reemplazo de un puente, corona o prótesis dentro de los cinco años de la fecha en que fue originalmente instalada - a menos que necesite su reemplazo porque el original se ve afectado por (a) colocación de otra dentadura postiza en la mandíbula opuesta, (b) extracción de dientes naturales o (c) daño de la pieza original a consecuencia de una lesión.
- Reemplazo de un puente, corona o prótesis cuando el original se puede reparar de acuerdo con prácticas odontológicas habituales.
- Recubrimientos de porcelana o acrílico de coronas o puentes.
- Cualquier servicio que no cumple con los estándares de las prácticas odontológicas habituales.
- Cualquiera de los servicios que estén cubiertos por el Plan Médico.

SECCIÓN 6

SOLICITUD DE REEMBOLSO

SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO

6.1 SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA PLANES MÉDICO/DENTAL

6.1.1 Si reside en los Estados Unidos

y recurre a proveedores afiliados a la red del administrador del plan, no tendrá que presentar una solicitud de reembolso porque su proveedor la enviará automáticamente a su nombre. Si usted no utiliza un proveedor afiliado a la red o utiliza proveedores fuera de los Estados Unidos tendrá que presentar una solicitud de reembolso.

Para buena parte de los servicios cubiertos, usted no necesita realizar los pagos a los proveedores al momento de ser atendido. Para cualquier componente de su solicitud de reembolso que el Plan del BID no cubre, usted recibirá una factura en un segundo momento, cuando el administrador del plan ya haya reembolsado el proveedor.

6.1.2 Si reside fuera de los Estados Unidos,

tendrá que presentar una solicitud de reembolso. Las solicitudes deben presentarse inmediatamente después de que usted haya incurrido en el gasto.

Tenga en cuenta:

Ningún proveedor afiliado a la red debería exigirle el pago del costo total de los servicios. Si esto sucediera, usted debe solicitar inmediatamente al proveedor de ponerse en contacto con el administrador del plan. A veces, algunos proveedores pueden hacer una estimación del balance a pagar y pedirle el pago al momento de la prestación del servicio. Si esto sucediera, asegúrese que dicha estimación esté basada con referencia a la tarifa dentro de la red que el administrador del plan ha negociado con el proveedor, según sea el caso.

6.2 SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS

6.2.1 Si usted reside en los Estados Unidos al utilizar farmacias afiliadas a la red del administrador del plan, usted no tendrá que presentar una solicitud de pago.

Cuando se utilizan las farmacias afiliadas a la red su único gasto será el co-pago del medicamento que está comprando. Para más detalles acerca de los co-pagos, consulte la sección del manual titulada, “Plan de Medicamentos Recetados”.

Puede suceder que, debido a viajes, una emergencia o una situación particular, puede que usted tenga que utilizar una farmacia fuera de la red. En estos casos, para recibir el reembolso, usted tendrá que presentar una solicitud por escrito al administrador del plan.

6.2.2 Si usted reside fuera de los Estados Unidos presente sus solicitudes de reembolso tan pronto haya incurrido en el gasto.

Para el Personal de la Sede y Jubilados con residencia oficial en los Estados Unidos: cuando usted utilice un proveedor no afiliado a la red o proveedores fuera de los Estados Unidos, su solicitud de reembolso debe ser enviada a CIGNA Healthcare utilizando los formularios apropiados.

Para el Personal Internacional y los Jubilados que residen fuera de los Estados Unidos: Todos los reclamos para el reembolso para gastos médicos, medicamentos con receta, cuidado de la Vista, y los gastos de planes dentales, se tienen que presentar a su administrador asignado CIGNA IGO utilizando el formulario apropiado.

Utilice siempre el número de identificación que aparece en su tarjeta, a pesar de que en algunos formularios le pidan su número de Seguro Social.

Guarde copias de sus solicitudes de pago y la documentación anexada hasta que usted o el proveedor hayan recibido el reembolso correspondiente.

6.3 PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS EN UN AÑO CALENDARIO

Usted debe presentar cualquier reclamo de pago relacionado con los servicios prestados durante un año calendario a más tardar dentro del 30 de junio del año siguiente para calificar para el pago de beneficios. Sin excepciones.

6.4 EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOBS¹)

Para todos los servicios usted recibirá una Explicación de Beneficios, o “EOB”, una declaración del administrador de reclamos. Su EOB mostrará cómo los cargos presentados fueron pagados por el plan, y qué parte (si la hubiera) le corresponde a usted (co-seguro).

¹ Acrónimo del inglés *Explanation of Benefits*

6.5 PROVISIONES ESPECIALES

6.5.1 PAGO A MENORES DE EDAD

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

6.5.2. EN CASO DE FALLECIMIENTO ANTES DE RECIBIR UN RECLAMO

En este caso, el administrador de reclamos 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.

6.5.3. RESPONSABILIDAD DEL BANCO

Los Pagos como descrito anteriormente dejarán el Banco libre de toda responsabilidad por tales pagos.

SECCIÓN 7

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

El Programa de Seguro Médico está sujeto a limitaciones y exclusiones para ciertos gastos. En esta sección se ilustran las imitaciones generales de cobertura y las exclusiones que se aplican al programa.

7.1 SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA

Los planes del Programa no cubren:

- Servicios que no son médicamente necesarios - excepto servicios de atención preventiva
- Atención, tratamientos o cirugías innecesarias
- Gastos por servicios de proveedores no afiliados a la red que excedan lo razonable y habitual (R&C)
- Gastos que son ilegales en la localidad en que reside el participante
- Gastos que usted no tiene responsabilidad legal de pagar
- Gastos que no se hubieran cobrado si usted no estuviera cubierto bajo los Planes del BID
- Gastos incurridos en un hospital que es propiedad o es manejado por el Gobierno de los Estados Unidos - a menos que (a) exista una obligación legal de pagar esos gastos o (b) los gastos estén relacionados con el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar
- Gastos por servicios de custodia, educación o formación
- Gastos que son elegibles para reembolso por un programa de salud pública patrocinado por los Estados Unidos, o un tipo similar de programa patrocinado por otro país. [Tenga en cuenta que los programas elegibles incluyen Medicare pero no Medicaid]
- Medicamentos de venta libre o cualquier otro suministro de venta libre
- Gastos presentados por cualquier proveedor

que sea miembro de su familia, o de la familia de alguno de sus dependientes cubiertos

7.2 COBERTURA DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO DEL BID VS. COBERTURA DE SEGURO PARA AUTOMÓVILES

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

Si alguna de estas provisiones 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 para 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. También puede ser elegible para recibir beneficios bajo el Plan del BID para tales gastos.

De darse la situación anterior, en que tanto el Plan del BID como un tercero pagan por sus gastos o los de un dependiente cubierto, comienza un proceso denominado “subrogación”. La subrogación es un proceso legal que otorga derecho al Plan del BID a recuperar el pago efectuado por gastos que un tercero estaba obligado a pagar.

Para efectos de reglas de subrogación, un “tercero” es la definición de cualquier persona o entidad - incluyendo sus compañías aseguradoras - que

causen enfermedad o lesiones al participante o sus dependientes cubiertos.

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

7.4 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

7.4.1 CUANDO USTED TIENE OTRA COBERTURA DE SEGURO

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

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

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

7.4.2 BENEFICIOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

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

7.4.3 CUANDO EL PLAN DEL BANCO ES PRIMARIO

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

7.4.4 CUANDO EL PLAN DEL BANCO ES SECUNDARIO

Cuando las reglas de determinación de beneficios indiquen que el plan del Banco es secundario, los beneficios del Banco 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 Banco sigue reglas estandarizadas, como se describe a continuación:

- El plan que cubre el reclamante como titular (o, en otras palabras, no como dependiente) es primario, y cualquier otro plan que cubre al reclamante como dependiente, es secundario
- La “Regla del Cumpleaños” – cuando un dependiente está cubierto por el Plan del 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 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 un hijo/o dependiente de padres divorciados o separados, entonces, las reglas de determinación toman en cuenta las

resoluciones o fallos judiciales que asignan la responsabilidad financiera para beneficios.

Fallos Judiciales

- Para una hija/o dependiente de padres divorciados o separados, los fallos judiciales que sean aplicables determinan el plan primario. Si un fallo judicial adjudica responsabilidad financiera por beneficios médicos, dentales o de otro tipo, entonces el plan de la persona mencionada en el fallo judicial será primario.
- El plan 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 los dependientes

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

Existen algunas excepciones a esta regla:

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

solicita el reembolso ha estado cubierto bajo el Plan del BID en comparación con otro plan.

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

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

- Cobertura de seguro de grupo o a todo riesgo, fuera de las pólizas de seguro colectivo para accidentes escolares
- Contratos de planes de servicios, planes de riesgo profesional individuales o colectivos u otros planes pre-pagados
- Cobertura bajo cualquier plan de administración laboral constituida en fideicomiso
- Planes sindicales de bienestar laboral
- Planes institucionales del empleador
- Planes de organizaciones para beneficio de empleada/o (s)
- La palabra “Plan” no incluye cobertura por pólizas o contratos individuales o familiares. Cada plan o parte de un plan que tenga derecho a coordinar beneficios, se considerará como un plan por separado.
- “Gasto Permitido” se refiere a todo tipo de gasto que sea necesario, razonable y habitual, y que está cubierto, en parte o en su totalidad, por uno de los planes que cubren a la persona para quien se solicita el reembolso. Cuando los beneficios de un plan se efectúan en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará al mismo tiempo un gasto permitido y un beneficio pagado. “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

PLANES DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO PARA PERSONAL RETIRADO

SECCIÓN 8. PLANES DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO PARA PERSONAL RETIRADO

Cuando usted se retira del Banco, usted y su cónyuge son elegibles para un beneficio por fallecimiento en la fecha que sea posterior a:

- La fecha efectiva de su pensión; o
- La fecha en que caduque su cobertura bajo la póliza básica de seguro de vida de grupo para empleado(s) activos .

El beneficio por fallecimiento provee 2 opciones: Cobertura Básica y Cobertura Suplementaria.

- La Cobertura Básica no tiene costo al jubilado/a y proporciona US\$10,000 en caso de fallecimiento del jubilado/a y US\$5,000 en caso de fallecimiento del esposo/a.
- La Cobertura Suplementaria tiene un costo asociado que depende de la edad del jubilado/a en la fecha de su fallecimiento y de su sueldo anual básico.

La Secretaría Ejecutiva de los Planes de Retiro del Personal del Banco DRH / SRP administra este beneficio. Por favor, póngase en contacto con ellos para solicitar información acerca de la elegibilidad, información detallada sobre las opciones de cobertura y costos, designación de beneficiarios, presentación de reclamos, pago de beneficios, cambio de dirección, etc.

E-mail

VPF/SRP@iadb.org
Teléfono / Fax
1-202-623-3560
1-202-623-2177 (fax)

Correo

Secretaría Ejecutiva del Plan Personal de Retiro
del Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Ave NW
Mail Stop E507
Washington DC, 20577

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 o Centro de Atención de Urgencias de un hospital por accidentes o que ponen su vida en peligro.

Atención Preventiva de Rutina. Beneficios regulares del Plan Médico que usted recibe en ausencia de condiciones de emergencia para el mantenimiento de su buena salud.

Beneficio Máximo. Un límite en dólares que un Plan del BID pagará por servicios cubiertos durante un período de tiempo específico.

Centro de Asistencia para Enfermos Terminales (Hospice). Una entidad que provee servicios de asistencia médica y de apoyo para pacientes y sus familiares, en caso de una enfermedad terminal.

Certificación de Pre-Admisión. El proceso de revisión y aprobación que el administrador del plan realiza antes de que usted entre al hospital para recibir un tratamiento. Su médico, usted, o alguien cercano a usted puede iniciar el proceso contactando a al administrador del plan. La falta de notificación a al administrador del plan implica la aplicación de sanciones económicas.

Co-pago. El monto fijo que el participante debe pagar al momento de efectuar una compra de medicamentos con receta médica.

Co-seguro. La parte (generalmente expresada en porcentaje) del costo total del beneficio cubierto que un Plan paga (o que usted paga).

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 BID.

Condición Preexistente. Cualquier enfermedad, lesión u otra condición diagnosticada por la cual el participante haya recibido tratamiento antes de ser cubierto por el Plan Médico del BID.

Conversión. Una provisión incluida en algunos Planes de Vida y de Seguro Médico del BID, que le permite al participante cambiar su cobertura y pasar a una póliza individual si deja el Banco. Se aplican tarifas diferentes de escala de primas.

Coordinación de beneficios (“COB”). El proceso para determinar la parte del gasto que se pagará por el Plan del BID, cuando se trate de un reclamo para reembolso de un gasto elegible que es pagadero por un Plan del BID y por otro (o más) plan adicional, 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 BID.

DAW. Acrónimo del inglés “Dispense as Written” – dispensar como está escrito -, un acrónimo que los médicos 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. Cómo se relaciona con el Plan Médico: Si sólo usted está cubierto por el Plan, el deducible anual es de US \$200. Si usted está cubriendo a sí mismo y a su familia también, el deducible anual es de US \$400. No se aplica el deducible cuando se utilizan proveedores de la red PPO.

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 del 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.

Exoneración de la Prima. La exoneración del pago de la prima del seguro de vida en caso de que usted se convierta en totalmente discapacitada/o para trabajar.

Explicación de Beneficios (EOB). Una formulario que usted recibe por el administrador del plan cada vez que usted recibe servicios del Plan Médico, con una explicación de cómo los cargos presentados afectan a su deducible (para servicios prestados por proveedores fuera de la red), la porción de los cargos presentados que fueron pagados por el Plan, y qué parte (si la hubiera) es su responsabilidad.

Ingresado. Un paciente es considerado ingresado cuando cambia su estatus de paciente externo a hospitalizado.

Manejo De Casos. Un servicio gratuito que el Administrador de Reclamos 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 de Marca. Un medicamento que aún se encuentra bajo patente por una compañía farmacéutica específica.

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

Medicamento genérico. Un medicamento que contiene los mismos ingredientes 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 dentro de los EE.UU. para recibir medicamentos recetados por correo. Las Recetas Pedidas por correo incluyen un suministro de hasta de 90 días.

Medicare. El programa del seguro médico y hospitalario patrocinado por el gobierno de los Estados Unidos.

Médicamente 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 :

- de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente apropiado, en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad o lesión del paciente y
- 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 de ese beneficio, no será cubierto por el plan de salud.

PPO. Acrónimo del ingles “Preferred Provider Organization” - Organización de Proveedores Preferidos - una organización que tiene contratos con una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de la salud que prestan servicios a precios pre-establecidos establecidos, por lo general, con un descuento. PPO ofrecen beneficios tanto en la red como fuera de la red. Usted puede utilizar cualquier proveedor médico licenciado que desee, pero sus beneficios son más altos (y los costos que son de su responsabilidad, inferiores) cuando utiliza proveedores de la red.

R&C. Acrónimo del ingles “Reasonable and Customary” - Razonable y Habitual - El costo promedio prevalente para los servicios del Plan Médico en una localidad determinada. Las compañías de seguros envían los datos de las solicitudes de reembolso a la Asociación Americana de Seguros de Salud (Health Insurance Association of América). Ellos a su vez tabulan el costo de cada procedimiento médico en cada área postal generalizada. Nuestro plan utiliza entonces el percentil 90 para establecer el límite de R&C. Esto significa que el 90% de los proveedores en el área postal generalizada cobran el monto límite de R&C o un monto inferior.

Red. Un grupo de hospitales, médicos y otros profesionales de la salud que brindan atención médica a un precio de descuento.

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

Servicios Médicos a Domicilio. Servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos proporcionados en la casa de un paciente. Los servicios médicos a domicilio pueden representar una alternativa de menor costo a una estadía prolongada en un hospital o en un centro de enfermería profesional.

Subrogación. Un proceso legal que le da derecho al BID de recuperar los pagos por los gastos del plan médico o plan de discapacidad a largo plazo en nombre de usted que un tercero tenía obligación de pagar.

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



PERSONAL ACTIVO Y JUBILADOS
INTERNACIONAL
MANUAL DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS