

MANUAL DEL PROGRAMA DE **BENEFICIOS** **MÉDICOS**

NACIONAL



Enero 2019

PERSONAL ACTIVO Y JUBILADO

TABLA DE CONTENIDOS

PERSONAL ACTIVO Y JUBILADOS	1
ACERCA DE ESTE MANUAL	4
SECCIÓN 1. SUS BENEFICIOS	6
1.1 Resumen de sus Beneficios	6
1.2 Nuevo en el programa	7
1.3 Primas	7
1.4 Equipo de Bienestar y Beneficios de Salud del Empleado (EW&HB)	7
1.5 Contactar al BID sobre una Enfermedad o Lesión relacionada con el Trabajo	8
1.6 Administración de Planes	8
1.7 Elegibilidad y Cobertura	11
SECCIÓN 2. PLAN MÉDICO	13
2.1 Plan Médico General.....	13
2.2 Cuadro de Beneficios Médicos Cubiertos	14
2.3 Servicios Médicos Cubiertos	18
2.4 Servicios Médicos No Cubiertos	19
2.5 Carta de Autorización (LOA)	20
SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS	23
3.1 Como funciona el plan de Medicamentos	23
3.2 Cuadro de Cobertura de medicamentos recetados	24
3.3 Servicios No Cubiertos	24
SECCIÓN 4. PLAN DE VISIÓN	26
4.1 Cómo funciona el Plan para el Cuidado de la Visión	26
4.2 Frecuencia de sus beneficios.....	26
4.3 Uso de sus Beneficios	26
4.4 Cuadro de Beneficios del Plan de Visión.....	27
SECCIÓN 5. PLAN DENTAL	29
5.1 Cómo funciona el Plan Dental	29
5.2 Cuadro de Servicios Dentales Cubiertos.....	29
5.3 Beneficios Máximos.....	30
5.4 Pre-Determinación de Beneficios	30
5.5 Cobertura de Daños Accidentales	30
5.6 Cuando Comienza el Tratamiento	30
5.7 Gastos No Cubiertos	31

SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO	33
6.1 Solicitud de Reembolso para los planes Médico, de Visión, Dental y de Medicamentos.....	33
6.2 Plazo para la presentación de reclamos en un año calendario	33
6.3 Explicación de Beneficios (EOBs)	33
6.4 Provisiones Especiales	33
SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES	35
7.1. Servicios no Cubiertos por el Programa	35
7.2 Cobertura del Seguro Médico vs Cobertura para Automóviles	35
7.3 Subrogación	35
7.4 Coordinación de Beneficios.....	36
SECCIÓN 8. FALSIFICACIÓN, RECLAMOS FRAUDULENTOS, Y RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO	40
8.1. Falsificación y Reclamos Fraudulentos	40
8.2. Recuperación de Pagos en Exceso	40
SECCIÓN 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS	42
ANEXO: NORMAS	46
PN-8.03 Programa de Seguro Médico	46
PN-8.03 Anexo 1 Criterios de Concesión de Beneficios para el Programa de Seguro Médico de Jubilados	53
PN-8.03 Anexo 2 Programa de Seguro Médico de Jubilados.....	58

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 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 se emitirán de acuerdo con las disposiciones del plan, que pueden variar dependiendo de la naturaleza de la enfermedad y / o tipo de servicio prestado.

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 también se aplica al BID Invest.

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 las secciones de este manual.

Tipo de Plan	Beneficios
Médico	Plan de Seguros de Indemnidad. En los Estados Unidos, los miembros del plan tienen acceso a beneficios en red a través de una red de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), y fuera de la red.
	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 de restauración básica. Beneficios adicionales para atención importante de restauración y para ortodoncia

1.2 NUEVO EN EL PROGRAMA

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

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

Los administradores son empresas externas que proporcionan servicios de administración para los planes del Banco: AETNA INTERNATIONAL administra los servicios médicos, dentales y de visión dentro y fuera de los EE.UU. EXPRESS SCRIPTS administra los servicios de medicamentos recetados en EE.UU. y Puerto Rico, mientras que AETNA INTERNATIONAL los de fuera de EE.UU. y Puerto Rico. La información sobre cómo introducir un reclamo al administrador por beneficios medicos, dentales y de vision se presenta en la sección 6: Solicitud de Reembolso.

1.3 PRIMAS

El Banco establece y publica periodicamente 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 visión, seguro de vida y seguro por muerte y mutilación accidental (AD&D, acrónimo en inglés), así como beneficios por discapacidad a largo plazo, para los miembros de sus planes.

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

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.

Usted puede comunicarse con el equipo de 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 activo 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
 1-202-623-3090
 1-202-623-3305 (fax)

Correo

IDB Insurance
 1300 New York Avenue NW
 Mail Stop E-0403
 Washington DC, 20577

Para mayor información acerca de elegibilidad de beneficios y acerca de reclamos de pago, por favor dirigirse al 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 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 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, jubilados, y dependientes elegibles para hacer frente al estrés y a 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 oficinas en los países. Servicios ofrecidos solamente en la sede: cuidados de enfermería, atención de emergencia, exámenes médicos y servicios de laboratorio. Servicios en la Sede y las Representaciones: manejo de casos, asesoramiento, educación sobre salud, inoculación y exámenes médicos.

Programas de Bienestar. Sensibilizar y proporcionar oportunidades para la adopción de medidas relacionadas con la salud en temas específicos: servicios y seminarios relacionados con el bienestar.

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

1.5 CONTACTAR AL 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 necesario.

Lugar y horario	A Quién notificar	Teléfono
Oficina en el País*	Representante	
Viajando en misión de trabajo*	Jefe de misión de trabajo	

*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 Banco contrata a empresas externas, llamadas administradores del plan, para procesar reclamos, ayudar con el diseño y la ejecución de actualizaciones de beneficios, facilitar el acceso a redes de proveedores, y facturar 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)⁵ gestiona el beneficio por fallecimiento de miembros jubilados.

El administrador del plan de beneficios de salud, especialmente en el caso de los beneficios de farmacia, dependerá del lugar donde resida oficialmente el miembro activo o retirado. En todos los casos, los beneficios médicos, dentales y de visión serán administrados por AETNA INTERNATIONAL. Esta compañía también administrará los beneficios de farmacia fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Los beneficios de farmacia para miembros activos y retirados que residen oficialmente en los EE. UU., o que residen oficialmente fuera de los EE. UU., pero que viajen a los EE. UU. y Puerto Rico, serán administrados por EXPRESS SCRIPTS.

3 Acrónimo del inglés Employee Assistance Program
4 Acrónimo del inglés Health Services Center
5 Acrónimo del inglés Staff Retirement Plan

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.

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.

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección postal
Si su residencia oficial registrada en el Banco es fuera de los Estados Unidos, el administrador de su plan de beneficios médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados es AETNA INTERNATIONAL	www.aetnainternational.com iadbservice@aetna.com	11-888-633-1055 Fax: 1-859-425-3363 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	AETNA INTERNATIONAL P.O. Box 981543, El Paso, TX, 79998-1543
Si su residencia oficial registrada en el Banco es fuera de los Estados Unidos, y usted viaja a un país que no sea EE. UU., el administrador de su plan de beneficios médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados es AETNA INTERNATIONAL	www.aetnainternational.com iadbservice@aetna.com	1-888-633-1055 Fax: 1-859-425-3363 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	AETNA INTERNATIONAL P.O. Box 981543, El Paso, TX, 79998-1543

Su ubicación	Sitio Web e E-mail	Teléfono	Dirección postal
Si su residencia oficial registrada en el Banco es fuera de los Estados Unidos, y usted viaja a EE. UU. y Puerto Rico, el administrador de su plan de beneficios médicos, dentales y de visión es AETNA INTERNATIONAL	Médico: www.aetnainternational.com iadbservice@aetna.com Dental: www.aetna.com Visión: www.aetnavision.com / www.eyemedvisioncare.com	Médico y dental: 1-888-633-1055 Fax: 1-859-425-3363 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365 Visión: 1-877-973-3238 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	Médico: AETNA INTERNATIONAL P.O. Box 981543, El Paso, TX, 79998-1543 Dental: AETNA PO Box 14094 Lexington, KY 40521-4094 Visión: EMVC PO Box 8504, Mason, OH 45040-7111
Si su residencia oficial registrada en el Banco es fuera de los Estados Unidos, y usted viaja a EE. UU. y Puerto Rico, el administrador de su plan de beneficios de medicamentos recetados es EXPRESS SCRIPTS	www.express-scripts.com	1-855-521-0824 Fax: 1-608-741-5475 Atención al cliente en inglés y español 24/7/365	EXPRESS SCRIPTS Home Delivery Service P.O. Box 66566 St. Louis, MO 63166-6566

1.7 ELEGIBILIDAD Y COBERTURA

Para conocer los términos y condiciones, tales como condiciones pre-existentes (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 (Ver en Anexo Regla del Personal PN-8.03).

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

El plan es un Plan de Seguros de Indemnidad, y le reembolsa después de haber incurrido en los gastos médicos y de haber presentado un reclamo ante el administrador del plan

Someta sus solicitudes de reembolso a través de las diferentes opciones que ofrece AETNA INTERNATIONAL

Si usted necesita servicios médicos en los EE.UU., usted tiene acceso a la red de AETNA INTERNATIONAL y se podría beneficiar de los descuentos ofrecidos por los proveedores de esta red que son parte de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).

Si usted decide utilizar proveedores fuera de la red en los EE.UU., usted todavía está cubierto por su Plan de Beneficios Médicos, pero recibirá los beneficios sobre la base de las tarifas razonables y habituales en el código postal donde se brinda el servicio⁶. Generalmente, usted paga más por los servicios fuera de la red.

Por favor note que si usted recibe atención médica en los EE.UU., sus reclamos dentro o fuera de la red de AETNA INTERNATIONAL se procesarán al nivel de co-seguro que aplica para 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 PPO EN EE.UU.

Comuníquese con AETNA INTERNATIONAL o EXPRESS SCRIPTS o ingrese a los sitios web de los administradores para acceder información actualizada sobre los hospitales de la red, médicos, farmacias y otros proveedores de salud en su área. Información de contacto en la sección 1.6.

2.1.2 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.

⁶ Ver R&C en la sección 10: Glosario de Términos de Beneficios

2.2 CUADRO DE SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Máximo por Vida	Sin Límite
El Plan Pagará	
Visitas al Consultorio Médico y a Domicilio	
• Por Enfermedad	80%
• Por Lesiones Accidentales	100% - Ver nota acerca de Primeros Auxilios*
Atención Preventiva de Rutina	
	100%
• Para todas las edades – Incluye cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, electrocardiograma (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 propósito de viaje	
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%
• Habitación Privada	100% del monto acordado
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	100%
• Visitas / Consultas Médicas	80%
• Servicios Profesionales	100%

Máximo por Vida	Sin Límite
	El Plan Pagará
Cirugía Ambulatoria	
• Servicios Ambulatorios	80%
• Servicios Profesionales	80%
Atención de Emergencia	
• Incluye servicios de ambulancia cuando es medicamento necesario	100%
• Visitas a salas de emergencia	100%
Atención de Urgencia	
• Facilidades ambulatorias	100%
Servicios de Laboratorio y Radiografía	
• En un hospital como paciente externo	80%
• En una instalación de laboratorio y de radiografía	80%
• En un consultorio médico	80%
Rehabilitación Ambulatoria a Corto Plazo	
• Revisión de necesidad médica necesaria después de 30 visitas por año calendario, con excepción de acupuntura	50%
Acupuntura	50%
Diálisis Renal	80%
Atención Médica a Domicilio/Enfermero/a Registrado	
• Hasta 40 visitas por año calendario	50%
Enfermeras Privadas para Pacientes Externos	50%
Servicios de Atención para Enfermos Terminales	
• Habitación semiprivada	100% del monto acordado
• Habitación privada	100% del monto acordado

Máximo por Vida	Sin Límite
El Plan Pagará	
Trasplante de órganos (Incluye todos los trasplantes médicamente apropiados, no experimentales)	
• Pacientes hospitalizados	100%
• Habitación semiprivada (SP)	100%, limitado al monto acordado de SP
• Habitación privada	100%, limitado al monto acordado de SP
• Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	100%, limitado al monto acordado de SP
• Servicios Médicos (quirúrgico)	100%
• Visitas para pacientes hospitalizados / consultas	80%
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%

Máximo por Vida	Sin Límite
	El Plan Pagará

Tratamiento de la Infertilidad, Máximo de por vida de \$50,000 - \$30,000 de servicios médicos, \$20,000 de medicamentos recetados

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

Beneficio 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 |
|---|---|

Visión

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

* Primeros Auxilios - Resultantes de lesiones por accidente, dentro de 72 horas después del accidente.

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, inoculación, exámenes físicos anuales, etc.).
- **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 el cuadro 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 atención y tratamiento médico.
- **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.** Gastos de una entidad acreditada para prestar servicios de cuidado mental 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 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 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 médicamente justificado a domicilio para la persona nombrada en ese plan:
 - atención de enfermería a tiempo parcial o de servicio discontinuo por 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.** 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 el cuadro 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 MÉDICOS NO CUBIERTOS

El Plan Médico no paga beneficios para:

- Servicio de avión - ambulancia.
- Gastos por o en relación con procedimientos experimentales o métodos de tratamiento no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o por la sociedad de la especialización médica pertinente o por autoridades nacionales competentes.
- 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 visión.
 - **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 a menos que esté médicamente justificado (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.** 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 el cuadro de cobertura.
- Gastos relacionados a peelings químicos de cualquier tipo, dermoabrasión, tratamiento foto-facial (IPL por sus siglas en inglés), y terapia con láser (por ejemplo colorante pulsante).

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

2.5 CARTA DE AUTORIZACIÓN (LOA)⁷

Fuera de los Estados Unidos, AETNA INTERNATIONAL ha establecido un proceso para emitir Cartas de Autorización (LOA) para cualquier proveedor u hospital de manera que usted pueda recibir los servicios necesarios sin tener que pagar por adelantado y presentar un reclamo. Los miembros de plan pueden solicitar una LOA a fin de que AETNA INTERNATIONAL establezca los arreglos necesarios para pagar directamente los servicios a ser recibidos.

La LOA establece los procedimientos o servicios a prestar, los gastos a pagar y el proveedor de servicios que recibirá el pago. Los miembros pueden iniciar el proceso de solicitud de la LOA antes que sea programada su hospitalización o cirugía.

⁷ Acrónimo del inglés Letter of Authorization

Aunque muchos proveedores de la red de AETNA INTERNATIONAL, particularmente en EE.UU., no requerirán una LOA, siempre es buena idea solicitarla antes de recibir los servicios programados, particularmente si hay incertidumbre sobre si el proveedor seleccionado está dentro o fuera de la red de AETNA INTERNATIONAL.

En principio, una LOA debería ser otorgada por AETNA INTERNATIONAL dentro de 72 horas después que la solicitud haya sido realizada, excepto en casos de emergencias en los que una LOA debería ser emitida prácticamente de inmediato.

 **Para procesar una LOA comuníquese con AETNA INTERNATIONAL.**

SECCIÓN 3

PLAN DE MEDICAMENTOS

SECCIÓN 3. PLAN DE MEDICAMENTOS

No importa en qué país se encuentre, usted está cubierto para la compra de medicamentos recetados. Simplemente compre el medicamento y presente el reclamo de pago a AETNA INTERNATIONAL para recibir su reembolso.

Esto no aplica en los EE.UU., donde su administrador de farmacia es EXPRESS SCRIPTS.

3.1 COMO FUNCIONA EL PLAN DE MEDICAMENTOS

El Plan de Medicamentos ofrece cobertura para medicamentos recetados de marca y genéricos. En EE.UU., 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 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.

Mientras esté en los EE.UU., para poder comprar sus medicamentos tendrá que usar su tarjeta de identificación de EXPRESS SCRIPTS para poder adquirir medicamentos recetados en farmacias de la red. Solo tendrá que pagar el copago correspondiente. Para adquirir medicamentos en farmacias fuera de la red en EE.UU., usted tendrá que pagar su costo total y después presentar su reclamo a AETNA INTERNATIONAL a iadbservice@aetna.com 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 EXPRESS SCRIPTS o descargue su aplicación móvil para encontrar las farmacias que están en la red en EE.UU.

3.2 COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Fuera de los EE.UU.	Co-pago Compra en farmacias 30 días de suministro	Co-pago Envío de sus medicamentos por correo 90 días de suministro
Co-pago	\$5	N/A

Medicamentos Lifestyle (e.g. disfunción eréctil, impotencia): Límite de 4 pastillas al mes
El límite máximo de por vida para drogas relacionadas con infertilidad es de \$20.000

En los EE.UU. y Puerto Rico*	Co-pago Compra en farmacias 30 días de suministro	Co-pago Envío de sus medicamentos por correo 90 días de suministro
Nivel		
Genérico	\$5	\$10
Medicamento de marca (preferencial)	\$15	\$30
Medicamento de marca (no-preferencial)	\$30	\$60
Medicina special	\$40	\$80

Medicamentos Lifestyle (e.g. disfunción eréctil, impotencia): Límite de 4 pastillas al mes
El límite máximo de por vida para drogas relacionadas con infertilidad es de \$20.000

3.3 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. (FDA en inglés), o por 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 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.
 - 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 visión para usted y sus familiares cubiertos.

4.1 CÓMO FUNCIONA EL PLAN PARA EL CUIDADO DE LA VISIÓN

Para recibir los beneficios del cuidado de la visión, usted puede visitar el proveedor autorizado de su elección. Usted y cada uno de sus dependientes cubiertos reciben beneficios para exámenes de la visión, 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, usted tendrá cobertura para un nuevo examen de visión. Igualmente funciona para marcos, lentes y lentes de contacto, siempre que sean prescritos por su médico.

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 USO 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.

■ Algunas condiciones de cuidado de visión son cubiertas bajo servicios médicos. Los tipos más comunes son: cataratas, glaucoma, y conjuntivitis. Lesiones en el ojo son también cubiertas bajo servicios médicos. Para más información, contacte a AETNA INTERNATIONAL.

Fuera de EE. UU, aplican solamente los montos reembolsables máximos dentro de la red para gastos en servicios de visión y materiales, como se refleja en la segunda columna del Cuadro 4.4. En los EE.UU., montos máximos reembolsables aplican para gastos en servicios de visión y materiales dentro y fuera de la red, como se refleja en las segunda y tercera columnas del Cuadro 4.4.

Todos los miembros del plan recibirán una tarjeta de identificación de seguro de AETNA VISION PREFERRED para el cuidado de la visión. Miembros del plan que residan fuera de Estados Unidos pueden utilizar su tarjeta, mientras visitan EE.UU. para obtener beneficios dentro de la red (se aplica co-pago). La tarjeta de AETNA VISION PREFERRED para el cuidado de la visión funcionará de manera similar a la tarjeta de EXPRESS SCRIPTS.

4.4 CUADRO DE BENEFICIOS DEL PLAN DE VISIÓN

Beneficio	Dentro de la RED	Fuera de la RED
Examen de la Visión	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
Frecuencias**	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 prescritos, no se aplica un co-pago adicional para los marcos.

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

Un par de lentes de contacto ó una compra única de lentes de contacto desechables - además del beneficio de lentes y marcos

En otras palabras, usted podrá recibir lentes de contacto y marcos en el mismo año de beneficio.

 Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad del plan para el cuidado de la visión en EE.UU., los beneficios y la red de proveedores, por favor llame el número 1-877-973-3238. Así mismo, por favor visite la página web de AETNA INTERNATIONAL o descargue su aplicación móvil si necesita asistencia para identificar proveedores dentro de la red en EE.UU.

SECCIÓN 5

PLAN DENTAL

SECCIÓN 5. PLAN DENTAL

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

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

Durante los primeros 12 meses de participación en el Plan Dental, todos los beneficios están limitados a solicitar 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 que se presentará más adelante.

Para recibir cuidado dental, elija el proveedor que guste.

Favor contactar a AETNA INTERNATIONAL si necesita ayuda para encontrar proveedores de la red en los EE.UU.

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

5.2 CUADRO DE SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Cuando usted requiera	El Plan Dental paga	Ud. paga
Preventivo y diagnóstico de atención, tales como: - 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 los menores de 19 - sólo dientes posteriores) - Separadores (solamente para tratamientos que no son de ortodoncia) - Atención de emergencia (para aliviar el dolor)	80%	20%
Atención Restaurativa Básica, tal como: - Obturaciones - Tratamiento de conducto - Escalamiento periodontal y limpieza de sarro en las raíces - Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas - Extracciones	80%	20%

Cuando usted requiera	El Plan Dental paga	Ud. paga
Atención Restaurativa Mayor, tal como: • Coronas • Dentaduras Postizas • Puentes	50%	50%
Cirugía oral, tales como: • Extracciones quirúrgicas • Frenectomía • Cirugía ósea • Implantes* • Anestesia	100%	0%
Ortodoncia	50% (hasta \$2,500 máximo de por vida)	50%

* Los implantes para los pilares dentales están cubiertos al 100% mientras que la pieza final, la coronal del implante, está cubierta al 50% por el Plan.

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 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, por ejemplo), 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 determine que necesitará un trabajo que es más extenso que una atención

de rutina, conviene completar el formulario de pre-determinación de beneficios con AETNA INTERNATIONAL para determinar por adelantado la cobertura y los costos que el plan cubrirá.

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.

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 tratamientos se clasifican en una categoría diferente, ya que, por su naturaleza, a menudo requieren otros tratamientos 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 AETNA INTERNATIONAL.

5.7 GASTOS NO CUBIERTOS

El Plan Dental no paga por:

- Procedimientos experimentales o tratamientos que no estén aprobados por la Asociación Dental Americana - the American Dental Association- , o las autoridades nacionales o por la sociedad de especialistas dentales, donde se presten los servicios
- Tratamientos realizados solamente por razones estéticas
- Sustitución de un aparato dental perdido o robado
- Sustitución de un puente, corona o prótesis dentro de los cinco años de la fecha en que fue originalmente instalada - a menos que necesite la sustitución 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

- Sustitución de un puente, corona o prótesis cuando el original se puede reparar de acuerdo con las prácticas dentales habituales
- Recubrimiento en porcelana o acrílico de coronas o puentes
- Cualquier servicio que no cumple con los estándares de las prácticas dentales habituales
- Cualquiera de los servicios que están cubiertos por el Plan Médico

SECCIÓN 6

SOLICITUD DE REEMBOLSO

SECCIÓN 6. SOLICITUD DE REEMBOLSO

6.1 SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA LOS PLANES MÉDICO, DE VISIÓN, DENTAL Y DE MEDICAMENTOS

Todos los reclamos para el reembolso para gastos médicos, medicamentos con receta, cuidado de la visión, y los gastos de planes dentales, se tienen que presentar llenando el formulario de reclamos de AETNA INTERNATIONAL.

Usted puede presentar solicitudes de reembolso por el portal de AETNA, correo electrónico, correo postal, fax, ó por aplicación móvil.

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. Sin excepciones.

6.3 EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOBS)⁸

Para todos los servicios usted recibirá una declaración del administrador de reclamos; o “EOB” por sus siglas en inglés. Su EOB mostrará cómo los cargos presentados fueron pagados por el plan, y qué parte, si la hubiera, le corresponde a usted (co-seguro). Si usted tiene preguntas sobre sus EOBs, por favor contacte al Centro de Servicios de Atención al Cliente de AETNA INTERNATIONAL al 1-888-633-1055. Usted también podrá ver la información sobre sus EOB en línea bajo “Mis Reclamos”, accediendo a su cuenta personal en www.aetnainternational.com.

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, 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.

6.4.3 RESPONSABILIDAD DEL BANCO

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

⁸ Acrónimo del inglés *Explanation of Benefits*

SECCIÓN 7

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

SECCIÓN 7. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

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

7.1. SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA

Los planes del Programa no cubren:

- Servicios que no son médicamente necesarios - excepto servicios de atención preventiva
- Atención, tratamiento o cirugía 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 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 Banco
- Gastos incurridos en un hospital que es propiedad u manejado por el gobierno de los Estados Unidos - a menos que exista una obligación legal de pagar los gastos
- Gastos por servicios de custodia, educación o formación
- Gastos relacionados con las actividades de la vida diaria (ADLs, pos sus siglas en inglés): 1) Higiene personal - baño, aseo y cuidado bucal; 2) Vestirse - la capacidad de tomar decisiones apropiadas de ropa y vestir físicamente uno mismo; 3) Comer - la capacidad de alimentarse aunque no necesariamente para preparar los alimentos; 4) Mantener la continencia - tanto mental como física para usar un baño; y 5) Transferencia - moviéndose de sentado a pie y entrar y salir de la cama
- Gastos que son elegibles para reembolso en virtud de 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 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 aplican 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. 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 unos de sus dependientes cubiertos, comienza un proceso denominado “subrogación”. La subrogación es un proceso legal que otorga

derecho al Plan del Banco 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 recobrar el pago, el Banco puede requerir que usted haga entrega de toda la información y documentación relacionadas 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, de Visión y de Medicamentos Recetados pagan beneficios si usted (o uno de sus familiares cubiertos) tiene cobertura a través de 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 cuál plan paga primero, el 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 reembolsado su parte correspondiente.

7.4.3 CUANDO EL PLAN DEL BANCO ES PRIMARIO

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

7.4.4 CUANDO EL PLAN DEL BANCO ES SECUNDARIO

Cuando las reglas de determinación de beneficios indiquen que el Plan del BID es secundario, los beneficios del 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 Banco 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 Banco y bajo otro plan, la “regla del cumpleaños”, determina el plan primario. La regla del

cumpleaños dice que el plan de la persona cuyo cumpleaños tiene lugar más temprano en el año natural 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 el plan va a determinar el plan primario
- Si el reclamo es para un hija/o dependiente de padres divorciados o 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

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

Existen algunas excepciones a esta regla:

- El plan de un empleado activo será el primario, y el plan de una persona desempleada, retirada, o que se haya convertido en dependiente del empleado activo, será el secundario.
- Si el otro plan no se rige por la regla que establece que el empleado activo es quien aporta al plan primario, y la persona desempleada, retirada, o dependiente del empleado activo aporta al secundario, entonces el BID no se registrá 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 visión:

- Cobertura de seguro de grupo o a todo riesgo, fuera de las pólizas de seguro colectivo para accidentes escolares
- Contratos de planes de servicios, planes de riesgo profesional individuales o colectivos u otros planes pre-pagados
- Cobertura bajo cualquier plan de administración laboral constituida en fideicomiso
- Planes sindicales de bienestar laboral
- Planes institucionales del empleador
- Planes de organizaciones para beneficio de empleada/o (s)
- La palabra “Plan” no incluye cobertura por pólizas o contratos individuales o familiares. Cada plan o parte de un plan que tenga derecho a coordinar beneficios, se considerará como un plan por separado.

- “Gasto Permitido” se refiere a todo tipo de gasto que sea necesario, razonable y habitual, y que está cubierto, en parte o en su totalidad, por uno de los planes que cubren a la persona para quien se solicita el reembolso. Cuando los beneficios de un plan se efectúan en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará al mismo tiempo un gasto permitido y un beneficio pagado. El “Gasto Permitido” no incluye la diferencia entre el costo de una habitación privada y una 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 PAGO EN EXCESO

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

8.1. FALSIFICACIÓN Y RECLAMOS FRAUDULENTOS

Miembros deberán notificar al Banco 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 Banco y con el Administrador del Programa. 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 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. Además, las consecuencias de mala conducta para empleados activos incluyen sanciones disciplinarias y también pueden incluir terminación de empleo.

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

8.2. RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO

Miembros deberán notificar inmediatamente al Banco sobre pagos en exceso. En el caso de un pago en exceso, el Banco o AETNA INTERNATIONAL tendrá el derecho de solicitarle al miembro la devolución inmediata de dicho pago en exceso después que el Banco o AETNA INTERNATIONAL le haya enviado una notificación al miembro del plan.

El no cumplimiento del reembolso inmediato de 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 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 Terminale. Una entidad que provee servicios de asistencia médica y de apoyo para pacientes y sus familiares, en caso de una enfermedad terminal.

Certificación de Buena Salud. También llamada "Evidence of Insurance" es el informe médico que usted proporciona a su compañía de seguros de vida cuando quiere una cobertura que supera el monto de Cobertura Garantizada.

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.

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 Garantizada. El monto de cobertura que nuestra compañía de seguros de vida proporcionará sin requerirle certificación de buena salud.

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 que el Plan Médico pague beneficios para gastos elegibles. No se aplica el deducible cuando se utilizan proveedores dentro 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 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.

Internado. Un paciente es considerado internado 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.

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 :

- 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.

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

Monto Principal. Bajo los planes de AD&D en caso de Muerte y Mutilación Accidental, es el monto de cobertura que se aplica al participante. Algunos beneficios de AD&D se calculan como un porcentaje de su monto principal. Si usted elige AD&D suplementario, los montos de cobertura para su familia se basarán en su monto principal.

PPO. Acrónimo del inglés “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. Razonable y Habitual (R&C). El costo prevaleciente para un servicio de plan médico específico dentro de un área geográfica determinada de los Estados Unidos. Para los propósitos de nuestro plan, el R&C es la tasa aceptable (es decir, límite) para los servicios profesionales y se determina utilizando el percentil 90 de los costos establecidos en bases de datos reconocidas a nivel nacional utilizadas por administradores y aseguradores externos. Esto significa que, para un servicio específico, el 90% de los proveedores en el área geográfica cobran lo mismo o menos que la tarifa de R&C. El R&C para todos los demás servicios (incluidos los servicios en instalaciones quirúrgicas o especializadas para pacientes ambulatorios, servicios de laboratorio y

radiografías, aparatos protésicos externos, equipo médico duradero, etc.) se establece en 300% de las tarifas de Medicare. Fuera de los Estados Unidos, el R&C de cada país lo determina el administrador según los costos prevalecientes en el mercado de servicios de salud dentro de ese país.

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 Específicos. Un monto máximo específico en dólares que se aplica a ciertos beneficios del Plan Médico.

ANEXO: NORMAS

PN-8.03 PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

Efectivo: Agosto 2017

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este Reglamento de Personal es regular la participación en el Programa de Seguro Médico que provee el Banco.

INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN

El Vicepresidente de Finanzas y Administración será responsable de la determinación para temas que puedan surgir relacionados con la interpretación de este Reglamento de Personal y sus Anexos, consistentes con los principios establecidos en los mismos, y el Gerente General del Departamento de Recursos Humanos será responsable de su aplicación.

AUTORIDAD

El Vicepresidente de Finanzas y Administración, 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 Vicepresidente de Finanzas y Administración.

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 ex-funcionarios 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
- 2.1. Para efectos de este Reglamento de Personal, lo siguiente aplica:
 - 2.1.1. Programa de Seguro Médico ("Programa"): Plan de salud patrocinado por el Banco que incluye beneficios médico, dental, de visión y de farmacia. Al Programa también se lo conoce como Programa de Seguro Médico de Jubilados.
 - 2.1.2. Cobertura Médica de Padre: Cobertura bajo el Programa de Seguro Médico del Banco proporcionado al padre dependiente de un participante.
 - 2.1.3. Participante: Un funcionario o jubilado inscrito en el Programa de Seguro Médico.
 - 2.1.4. Jubilado: Ex-funcionario 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.
 - 2.1.5. Cónyuge: La persona registrada con el Banco como la esposa o esposo; o la pareja de hecho del participante, de acuerdo con el Reglamento de Personal PN-8.08 " Funcionarios y Relaciones de Familia".

2.1.6. Hijos Dependientes: Hijos del participante, o del cónyuge del participante según se establece en el Reglamento de Personal PN-8.08 “Funcionarios y Relaciones de Familia.”

2.1.7. Padre Dependiente: Padre o suegro del participante según lo establecido en el Reglamento de Personal PN-8.08 “Funcionarios y Relaciones de Familia”.

2.1.8. Dependientes: El grupo familiar del participante que puede ser 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.

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

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

2.1.11. 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.

2.1.12. 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 este Reglamento.

2.1.13. 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.

2.1.14. 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.

2.1.15. 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 1º 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.

2.1.16. Prima: Costo de participación en el Programa. La Prima varía dependiendo de la categoría de elegibilidad del participante, según se define más adelante en este Reglamento de Personal. 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.

2.1.17. Prima Básica de Funcionarios Nacionales Activos: Excepto por lo indicado en este Reglamento, 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 Incapacidad Prolongada de acuerdo con el párrafo 8.1 de este Reglamento de Personal.

2.1.18. 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

el Reglamento 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 este Reglamento de Personal.

2.1.19. 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 1º de enero de 2015 y quienes no cumplieron con el criterio correspondiente para la Concesión de Beneficios antes de empezar a recibir su pensión.

2.1.20. 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.

2.1.21. 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 1º 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.

2.1.22. 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.

2.1.23. 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: fallecimiento del cónyuge que provee la Cobertura Alternativa; la terminación de empleo del Cónyuge que proporciona Cobertura Alternativa; Separación legal o divorcio del Cónyuge que proporciona Cobertura Alternativa a los hijos dependientes; o 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 el Reglamento de Personal PN-5.02 “Tipo de Nombramiento”, 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 2.1.10 y 2.1.11.

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 2.1.23. Esta disposición no aplica a un padre dependiente.

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 para propósitos del reglamento del Banco, 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 2.1.23.

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 2.1.23. 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 de las Primas correspondientes.

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

4.2.1. La cobertura para un nuevo cónyuge y/o hijo debe empezar en la fecha efectiva en que 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 incapacidad. 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 para 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

5.1. 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 este Reglamento.

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 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 1º 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.

6.1.3. Los funcionarios contratados a partir del 1º 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.

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 este Reglamento.

6.2. AL TERMINAR LA CONDICIÓN DE DEPENDIENTE

6.2.1. La participación en el Programa de Seguro Médico de un ex-cónyuge 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

6.3.1. 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 6.3.1. de este Reglamento.

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 este Reglamento.

8. FUNCIONARIOS EN USO DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PROLONGADA

8.1. Funcionarios afectados con una invalidez, a quienes se les ha aprobado el beneficio de incapacidad prolongada bajo los Planes de Seguro

de Vida e Invalidez del Banco, pueden continuar con su participación en el Programa de Seguro Médico junto con sus dependientes, a partir del momento en que se inicia la incapacidad.

8.2. El monto que el funcionario pagará por su participación en el Programa de Seguro Médico, durante el período de incapacidad prolongada, será el de la Prima Básica para Funcionarios Nacionales Activos.

8.3. El criterio de Concesión de Beneficios con relación a la participación continua en el Programa de Seguro Médico durante una licencia por incapacidad prolongada, se establece en el Anexo 1 de este Reglamento.

9. COBERTURA MÉDICA DE PADRE

9.1. La participación bajo la Cobertura Médica de Padre definida en el párrafo 2.1.2 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 pre-existentes.

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 de 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 pre-existentes, 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 a partir de la fecha en que se canceló su condición de dependiente, sin costo para el funcionario, consistente con el párrafo 6.3.1.

10. DISPOSICIONES ESPECIALES

10.1. 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:

10.1.1. El cónyuge sobreviviente será elegible a continuar participando en el Programa de Seguro Médico de Jubilados.

10.1.2. La prima de Seguro Médico correspondiente será calculada bajo el supuesto de que el funcionario hubiera participado en el Programa por un período de cinco (5) años, o el número de años de servicio proyectados a la fecha que hubiera correspondido a la jubilación normal del funcionario, cualquiera de los períodos que sea mayor.

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 serán 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 dependiente o padre dependiente, la falta de repago inmediato de dicha cantidad, 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.

PN-8.03 ANEXO 1 CRITERIOS DE CONCESIÓN DE BENEFICIOS PARA EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO DE JUBILADOS

Efectivo: Agosto 2017

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, en parte, de la fecha de contratación del funcionario. Para las personas con periodos de empleo discontinuo en el Banco, la fecha de contratación que se aplica es la fecha de contratación correspondiente al último periodo de empleo continuo en el Banco y que termina con la jubilación.

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 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 tres (3) años de participación continua en el Programa de Seguro Médico como funcionarios activos antes de la fecha de jubilación.

1.1.2. Funcionarios contratados antes del 1º de septiembre de 1995 que no pudieron cumplir con los criterios de Concesión de Beneficios antes de la

fecha de jubilación, podrán alcanzar dicha concesión cuando empiecen a recibir la 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 continua 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

1.3.1. La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando 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

1.4.1. 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

1.5.1. 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 23 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 el Reglamento PN-8.03 párrafo 6.1.1, 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

2.3.1. La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando 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

2.4.1. 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 2.2.2.) o al comenzar su pensión.

2.5. COSTO DE LA PRIMA

2.5.1. 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

3.3.1. Funcionarios contratados a partir del 1º de enero de 2015 deberán cumplir con los criterios correspondientes de Concesión de Beneficios durante su servicio activo. En caso de que los criterios de Concesión de Beneficios no sean obtenidos durante el servicio activo, 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

3.4.1. La participación en el Programa de Seguro Médico durante licencia prolongada sin goce de sueldo (pagando por adelantado 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 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 de acuerdo a lo establecido en este Anexo.

3.6. COSTO DE LA PRIMA

3.6.1. 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 el Esquema Progresivo. 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.

PN-8.03 ANEXO 2 PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO DE JUBILADOS

Efectivo: Agosto 2017

INTRODUCCIÓN

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

1. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO

1.1. Todos los jubilados nacionales del Banco con Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico^[1], 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 tomar la decisión de 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.

2.2.1. 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.

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 dicho nacimiento sea en o posterior a 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

1 Jubilados nacionales del Banco con Concesión de Beneficios en el Programa de Seguro Médico incluye 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. del Anexo 1 del Reglamento PN-8.03.

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.

4.2. La participación en el Programa de Seguro Médico de un ex-cónyuge 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. 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 a partir del 1º 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, continua participando en el Programa de Seguro Médico (junto con los dependientes correspondientes) y se vuelve a casar o constituye una unión de pareja 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, 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 puede 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. 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.

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.

