

ESTATUTOS del Seguro de Enfermedad del Personal

Entrada en vigor: Enero de 2026



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



Organización
Mundial de la Salud

Índice

Introducción.....	3
PARTE A: APÉNDICE - (glosario).....	4
PARTE B: PRESTACIONES	7
INTRODUCCIÓN.....	7
PRESCRIPCIONES MÉDICAS	7
COSTO DEL TRATAMIENTO.....	8
APROBACIÓN PREVIA.....	8
HOSPITALIZACIÓN - CARTA DE GARANTÍA	8
PAGO POR ADELANTADO	9
PARTE B: CUADRO DE PRESTACIONES	10
PARTE C: PROCEDIMIENTO PARA LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO.....	24
GASTOS EXCESIVOS.....	24
PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	24
LÍMITE CASTRÓFICO.....	24
REEMBOLSO DE OTRAS FUENTES	24
REEMBOLSO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EE. UU.).....	25
PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO (EXCEPTO EN LOS ESTADOS UNIDOS).....	26
CONFIRMACIÓN POR PARTE DEL COTIZANTE (EXCEPTO EN LOS ESTADOS UNIDOS)	26
PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO (EXCEPTO EN LOS ESTADOS UNIDOS)	27
CONFIRMACIÓN POR PARTE DEL COTIZANTE (EN LOS ESTADOS UNIDOS)	27
FACTURAS MÉDICAS DE IMPORTE ELEVADO (PAGOS DIRECTOS)	28
COMPROBANTE DE PAGO.....	29
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	29
CUENTAS BANCARIAS.....	30
RETENCIÓN DE LOS PAGOS	30
MEDICARE (EN LOS ESTADOS UNIDOS)	31
PAGOS EN EFECTIVO	31
PARTE D: Lista de afecciones según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11).....	32
PARTE E: CONDICIONES DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES	37
CONDICIONES DE AFILIACIÓN AL SEGURO	37
COTIZACIONES.....	40
CUADROS DE LAS CONDICIONES DE AFILIACIÓN.....	42
PARTE F: FINANCIAMIENTO	49

PARTE G: GOBERNANZA Y REGLAMENTO INTERIOR	52
COMITÉ DE SUPERVISIÓN MUNDIAL DEL SHI (SHI/GOC).....	52
COMITÉ PERMANENTE MUNDIAL DEL SHI (SHI/GSC).....	54
REGLAMENTO INTERIOR.....	57
PARTE H: APELACIONES Y DISPOSICIONES GENERALES	60
APELACIONES.....	60
FRAUDE E INFRACCIÓN DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO.....	60
EMBARGO DE LOS REEMBOLSOS	61
DISOLUCIÓN	61
ANEXO 1: RESPONSABILIDADES.....	62

Introducción

OBJETIVO

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

ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

ENTIDADES PARTICIPANTES

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
- Centro Internacional de Cálculos Electrónicos (CICE)
- Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (Unitaid)

CONFIDENCIALIDAD

Los datos personales de los afiliados, con inclusión de los antecedentes médicos o cualquier diagnóstico de los que tenga conocimiento el Seguro, son estrictamente confidenciales.

NOTA

El presente documento contiene el texto íntegro de los Estatutos del Seguro de Enfermedad del Personal, en vigor a partir del 1 de enero de 2026 (Manual electrónico, III.7.4, anexo 7A), aplicable a las personas citadas previamente. Este contiene todas las modificaciones efectuadas hasta la fecha y anula y sustituye todas las versiones anteriores. En caso de discrepancia entre las versiones en los distintos idiomas de la Organización, prevalecerá la versión en inglés.

PARTE A: APÉNDICE – (glosario)

DEFINICIONES PARA LOS FINES DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO

«**accidente**»: evento imprevisto que ocasiona lesiones.

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

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

«**atención de enfermería**»: servicios reconocidos de atención sanitaria prestados por un enfermero al que las autoridades del país en el que este desempeña su actividad han dado autorización para ejercer.

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

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

«**copia**»: una representación completa y exacta del documento original. La copia puede estar en un formato (digital/físico) distinto del formato del documento original.

«**cónyuge a cargo**»: cónyuge reconocido como el cónyuge a cargo de un funcionario, de conformidad con el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal de la OMS.

«**cónyuge no a cargo**»: cónyuge que no está reconocido como el cónyuge a cargo de un funcionario, de conformidad con el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal de la OMS.

«**cotizante**»: funcionario, exfuncionario o familiar sobreviviente responsable de pagar las contribuciones al Seguro, presentar las solicitudes de reembolso y recibir el pago correspondiente.

«**(enfermedad/afección) crónica**»: se caracteriza por ser de larga duración.

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

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

«**exfuncionario**»: exfuncionario que conserva su condición de asegurado al mantener su afiliación al Seguro.

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

«**familiar secundario a cargo**»: la madre, el padre o un hermano o hermana reconocido como familiar secundario a cargo de un funcionario, de conformidad con el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal de la OMS.

«familiar sobreviviente»: el cónyuge y/o los hijos sobrevivientes, el padre, la madre o un hermano o hermana sobreviviente de un funcionario o exfuncionario fallecido afiliado al Seguro, con sujeción a las condiciones previstas en el párrafo E.33.2 y el cuadro 5, que recoge las condiciones de afiliación, de estos Estatutos.

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

«fraude»: toda práctica definida en la Política de la OMS sobre Prevención, Detección y Respuesta ante el Fraude y la Corrupción,¹ incluido el fraude o las prácticas fraudulentas, la corrupción o las prácticas corruptas, el robo o la apropiación indebida y las prácticas colusorias.

«hijo a cargo»: hijo de no más de 21 años o hijo con discapacidad física o mental (de cualquier edad) reconocido como hijo a cargo de un funcionario, de conformidad con el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal de la OMS.

«hijo no a cargo»: hijo de un funcionario que no está reconocido como familiar a cargo de conformidad con el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal de la OMS y que tiene entre 18 y 28 años.

«mantenimiento de la afiliación al Seguro»:² mantenimiento de la afiliación al Seguro tras la separación del servicio; pueden acogerse a esta opción tanto los funcionarios como sus familiares asegurados, siempre que reúnan las condiciones previstas en el párrafo E.6 y en los cuadros 2 y 6 de estos Estatutos, que recogen las condiciones de afiliación. Se excluye la prolongación de la cobertura del SHI según las condiciones enunciadas en el párrafo E.5 de estos Estatutos aplicables a los funcionarios y sus familiares asegurados, por un periodo de hasta seis meses después de la separación del servicio.

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

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

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

¹ Puede consultarse, en inglés, en el servicio en línea del Seguro (SHI-Online), [aquí](#).

² También se denomina «seguro de enfermedad después de la separación del servicio» o «ASHI» en otros documentos y en los Estatutos.

«**original**»: el documento tal como fue emitido por la entidad que lo originó. El original puede ser un documento físico o digital.

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

«**profesional de la salud mental**»: proveedor de atención de la salud titulado por una universidad reconocida por el gobierno del país en el que está autorizado para desarrollar su actividad en la esfera de la salud mental (por ejemplo, para evaluar y tratar a personas con afecciones de salud mental), y que dispone de la licencia y/o cuenta con la autorización de las autoridades de salud del país en el que desempeña su actividad. Un profesional de la salud mental podrá o no disponer de la licencia o contar con la autorización para diagnosticar afecciones de salud mental y facilitar el código correspondiente de la CIE-11 en su país.

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

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

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

« CIE »	Clasificación Internacional de Enfermedades
« CCPPNU »	Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
« IMC »	Índice de masa corporal
« LESS »	Licencia especial sin sueldo (de conformidad con el párrafo 650.9.1 del Reglamento de Personal)
« N/A »	No se aplica
« Oficial del Seguro »	Oficial jefe del Seguro o de gestión de solicitudes de reembolso del Seguro en la Sede
« ONUSIDA »	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
« SHI »	Seguro de Enfermedad del Personal
« SHI/GSC »	Comité Permanente Mundial de la Unidad del SHI
« SHI/GOC »	Comité de Supervisión Mundial de la Unidad del SHI

PARTE B: PRESTACIONES

INTRODUCCIÓN

B.1 Las prestaciones están sujetas a cualquier provisión, limitación y/o exclusión contenida en el cuadro de prestaciones o en otra parte de estos Estatutos.

B.1.1 La tasa general de reembolso es del 80 %, salvo en el caso de:

- a) algunas medidas preventivas que son reembolsables al 100 % (con un máximo reembolsable);
- b) hospitalización en la unidad de atención pública de un hospital público que es reembolsable al 100 %, y
- c) algunos servicios médicos en los Estados Unidos de América cuyo reembolso puede estar limitado al 70 % o 60 % (para obtener más información, consulte la sección «Procedimiento para las solicitudes de reembolso»).

B.1.2 Los servicios de atención de la salud deben estar reconocidos médicamente, de conformidad con directrices o protocolos terapéuticos basados en pruebas de alta calidad, y deben ser prestados por un profesional de la salud al que las autoridades del país en el que este desempeña su actividad han dado licencia y autorización para ejercer.

PRESCRIPCIONES MÉDICAS

B.2 Las prescripciones de productos o servicios médicos deben ser emitidas por un médico, un profesional de enfermería o de partería u otro profesional de la salud al que las autoridades sanitarias del país en el que este desempeña su actividad han autorizado para prescribir, siempre que los servicios prescritos estén comprendidos en el ámbito de su especialidad profesional.

B.2.1 Las prescripciones deben indicar:

- a) nombre y cualificación profesional de la persona que prescribe;
- b) nombre y fecha de nacimiento del paciente;
- c) fecha;
- d) producto(s) médico(s) o tipo de tratamiento o servicios médicos prescritos;
- e) posología, frecuencia y duración del tratamiento;
- f) número de veces que se puede renovar sin pasar por el médico, el profesional de partería/enfermería u otro profesional de la salud.

B.2.2 Además:

- g) la fecha de la prescripción deberá coincidir con la fecha de la compra de los productos medicinales o del tratamiento o servicios médicos o ser anterior a esta fecha;
- h) las prescripciones y recetas médicas tendrán una validez máxima de 12 meses;
- i) a los efectos de este Seguro, los funcionarios y exfuncionarios que son médicos solo podrán prescribir productos medicinales para uso propio o para familiares asegurados y no podrán establecer informes médicos ni prescribir ningún otro tratamiento;

- j) cuando se trate de países en los que el sistema nacional de salud autorice su uso, el Seguro podrá aceptar también prescripciones o recetas electrónicas.

INFORMES MÉDICOS

- B.3 Los informes médicos deben ser emitidos por un médico y deben incluir:
 - a) nombre y cualificación profesional del médico;
 - b) nombre y fecha de nacimiento del paciente;
 - c) fecha;
 - d) patología del paciente, incluido el código correspondiente de la CIE-11;
 - e) plan de tratamiento y duración estimada del mismo.
- B.3.1 Podrá exigirse un informe médico adicional emitido por un facultativo distinto del que dispense el tratamiento y/o realice la intervención quirúrgica.
- B.3.2 En el caso de las afecciones relacionadas con la salud mental, un profesional de la salud mental distinto de un facultativo podrá emitir un informe médico solo si dispone de la licencia y cuenta con la autorización de las autoridades de salud del país en que desarrolla su actividad para diagnosticar trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico y facilitar el código correspondiente de la CIE-11.
- B.3.3 Los informes médicos son examinados únicamente por el Asesor Médico del Seguro.

COSTO DEL TRATAMIENTO

- B.4 Tan pronto como los gastos médicos de un caso individual de accidente o enfermedad alcancen o se espere que alcancen los USD 50 000, se debe obtener aprobación previa para que se pueda efectuar el reembolso de otros gastos médicos conexos.

APROBACIÓN PREVIA

- B.5 Cuando se indique como requisito en el cuadro de prestaciones de estos Estatutos, el cotizante deberá obtener aprobación previa para poder recibir el reembolso correspondiente.
 - B.5.1 El oficial del Seguro o el Comité Permanente Mundial del SHI (SHI/GSC), según corresponda, examina las solicitudes de aprobación previa y toma una decisión al respecto.
 - B.5.2 Los informes médicos y la documentación de apoyo confidenciales deberán enviarse a través de SHI-Online. Los exfuncionarios que estén exentos de utilizar SHI-Online deberán enviar todos los documentos a la secretaría de SHI en la Sede a la atención del Asesor Médico del Seguro.

HOSPITALIZACIÓN - CARTA DE GARANTÍA

- B.6 Un cotizante o un hospital o clínica podrán solicitar al Seguro que emita una carta de garantía para el pago directo de las facturas del hospital (véase el párrafo C.12). Se emitirá una carta de garantía para un periodo inicial de 30 días naturales de hospitalización. Cualquier prolongación de la garantía estará sujeta a la aprobación previa del Seguro después de haber recibido un informe médico actualizado.

- B.6.1 Se debe notificar al Seguro con al menos dos semanas de antelación cualquier hospitalización programada y enviar a shidirectpayment@who.int la siguiente información:
- a) nombre del hospital o clínica;
 - b) fecha del ingreso;
 - c) informe médico/plan de tratamiento;
 - d) cuando se prevea que los costos totales conexos alcanzarán los USD 50 000 o se indique como requisito en el cuadro de prestaciones de estos Estatutos, también deberá proporcionarse una estimación de los costos.
- B.6.2 En el caso de un tratamiento de alto costo (por ejemplo, dental), y en función de cada caso, se podrá emitir una carta de garantía a un proveedor de atención de la salud que no sea un hospital o una clínica.

PAGO POR ADELANTADO

- B.7 El Seguro está autorizado para realizar, con carácter excepcional, pagos por adelantado a un hospital o clínica por un importe máximo de USD 20 000 en los casos en que un proveedor de atención de la salud no haya aceptado una carta de garantía. La parte de los gastos médicos conexos que corresponda abonar al cotizante se tramitará como un pago directo.

PARTE B: CUADRO DE PRESTACIONES

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
IMPORTANTE: Costo del tratamiento					
Independientemente de cualquier otro requisito que figure en este cuadro, tan pronto como los gastos médicos de un caso individual de accidente o enfermedad alcancen o se espere que alcancen los USD 50 000, se debe obtener aprobación previa para que se pueda efectuar el reembolso de otros gastos médicos conexos.					
B.10	Por caso individual de accidente o enfermedad cuyo costo sea superior a USD 50 000.		- Informe médico - Estimación de gastos	Oficial del Seguro o SHI/GSC	Sí
B.10.2-B10.4	[suprimido]				
B.20	Cirugía plástica	No reembolsable, excepto en caso de:			
B.20.1	Cirugía reconstructiva o plástica después de lesiones, neoplasias, infecciones u otras enfermedades		- Informe médico - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
B.20.2	Cirugía plástica para tratar los efectos secundarios de un tratamiento después una enfermedad.		- Informe médico - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
B.20.3	Mamoplastia de reducción por motivos médicos		- Informe médico que incluya la historia de síntomas que justifiquen la intervención médica: el peso del tejido que va a extraerse deberá ser igual o superior a 500 gramos por mama - El IMC no puede ser superior a 25 - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
B.20.4	Cirugía plástica en niños menores de 18 años con anomalías congénitas graves o por otras razones médicas graves, incluido un impacto psicológico grave.		- Informe médico - Informe médico de un profesional de la salud mental que establezca que el trastorno dismórfico corporal no explica íntegramente la angustia psicológica conexa y explique por qué las intervenciones no quirúrgicas no son suficientes - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	SHI/GSC	Sí
B.20.5	Consecuencias médicas graves de intervenciones de cirugía plástica		- Informe médico en el que se resuman los riesgos médicos que conllevaría no realizar la intervención - Estimación de gastos	SHI/GSC	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
			- Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro		
B.20.6	Blefaroplastia (por motivos médicos únicamente)	USD 2000 por ojo (de por vida)	- Informe médico acompañado de una evaluación del campo visual y fotografías del ojo afectado y su contorno - Se podrá pedir un informe de un médico distinto del encargado de la intervención quirúrgica - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	No
B.21	Cirugía maxilofacial: especialidad quirúrgica centrada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la boca, la mandíbula, la cara y el cuello, que abarca intervenciones como las que siguen: - tratamiento de heridas faciales y del cáncer de cabeza y cuello, y cirugía reconstructiva conexa - cirugía ortognática - extracción de raíces dentales retenidas de cierta complejidad - extirpación de quistes y tumores maxilares - procedimientos de cirugía primaria y secundaria para el tratamiento de labios leporinos, fisuras palatinas y otras deformidades faciales congénitas, manejo de lesiones, tanto benignas como malignas, de las glándulas salivales, extirpación de tumores complejos de cáncer de piel facial, acompañada de cirugía reconstructiva y cirugía de la articulación temporomandibular	No afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos.	- Informe médico - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
B.22	Cirugía bariátrica		- Informe médico con indicación del IMC - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
B.23	Cirugía de cataratas (véase párr. B.113)				

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.30 Hospitalización (estancia y manutención, servicios de atención general, incluida atención de enfermería, y atención hospitalaria especializada)					
B.30.1	En los Estados Unidos y otros países donde los costos sean elevados: costo mínimo de habitación semiprivada (dos camas), sujeto a la tasa diaria máxima regional	365 días por accidente o enfermedad. Para un periodo superior a 365 días, véase el párrafo B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro ³	Sí
B.30.2	En los demás países: costo mínimo de una habitación privada, sujeto a la tasa diaria máxima regional	365 días por accidente o enfermedad. Para un periodo superior a 365 días, véase el párrafo B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	Sí
B.30.3	En la unidad de atención pública de un hospital público (incluido el tratamiento médico).	100 % reembolsable. 365 días por accidente o enfermedad. Para un periodo superior a 365 días, véase el párrafo B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	Sí
B.30.4	Para tratamiento médico o cirugía en el día (sin pernoctación)	Costo del paquete diario del hospital/clínica (si existe)		N/A	Sí
B.30.5	Tratamiento intensivo durante el día para trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (tratamiento en centros de día o en régimen de hospitalización).	365 días. Para un periodo superior a 365 días, véase el párrafo B.31	Informe médico con el código de la CIE-11, razón del enfoque terapéutico y descripción de por qué unas intervenciones menos intensivas son insuficientes. Debe presentarse durante los primeros 30 días, y luego cada 90 días	Oficial del Seguro	Sí
B.30.6	Para atención geriátrica	365 días. Para un periodo superior a 365 días, véase el párrafo B.31	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	Sí
B.30.7	En el domicilio	No más que el costo de la estancia en un hospital en el mismo lugar	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	Sí
B.30.8	[suprimido]				
B.31	Hospitalización prolongada (de más de 365 días)		Informe médico con el código de la CIE-11 y razón de la hospitalización	SHI/GSC	Sí
B.32	Para examen médico periódico general	No reembolsable			
B.33	Para intervenciones de cirugía plástica distintas de las mencionadas en los párrafos B.20.1, 20.2, 20.3, 20.4 y 20.5	No reembolsable			
B.35	Para cirugía maxilofacial	(véase el párrafo B.21)			

³ Con respecto a los párrafos B.30.1 a B.30.7, en caso de que no sea posible pedir la aprobación previa por ser un accidente o emergencia, la hospitalización debe notificarse al Seguro lo antes posible, preferiblemente en un plazo de dos semanas.

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.50 Servicios prestados durante la hospitalización					
B.50.1	- Quirófano - Servicios de radiología - Servicios de laboratorio - Terapias prescritas (incluidas transfusiones de sangre) - Medicamentos prescritos - Anestésicos - Fisioterapia - Prótesis internas		N/A	N/A	Sí
B.50.2	[véase el párrafo B.50.1]				
B.50.3	[véase el párrafo B.164]				
B.50.4-B.50.8	[véase el párrafo B.50.1]				
B.50.9	Acompañante	No reembolsable			
B.70 Convalecencia/rehabilitación en una institución médica reconocida: centro de convalecencia, residencia de ancianos o geriátrico					
B.70.1	En los Estados Unidos y otros países donde los costos sean elevados: costo de una habitación semiprivada (dos camas), sujeto a la tasa diaria máxima regional.	30 días	Prescripción médica	N/A	Sí
B.70.2	En los demás países: costo mínimo de una habitación privada, sujeto a la tasa diaria máxima regional.	30 días	Prescripción médica	N/A	Sí
B.71	Convalecencia/rehabilitación de más de 30 días	30 días	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
Atención de enfermería					
B.80	Atención de enfermería para afecciones agudas: por ejemplo, vendaje de heridas o administración de inyecciones		Prescripción médica con duración del tratamiento	N/A	Sí
B.80.1	[suprimido]				
Atención de enfermería prolongada					
B.81	Atención de enfermería prolongada:			Oficial del Seguro	No
B.81.1	Atención domiciliar para enfermedades crónicas, incluidas afecciones geriátricas	USD 100 por día	- Informe médico cada cinco años - Prescripción médica y fe de vida anuales - Estimación de gastos - Copia del título de enfermería del cuidador - La factura debe precisar la atención recibida	Oficial del Seguro	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.81.2	En una institución especializada	USD 100 por día Nota: Si la atención de enfermería no se puede identificar, el 50 % de la factura se atribuirá a la atención de enfermería	- Informe médico cada cinco años - Prescripción médica y fe de vida anuales - Estimación de gastos - La factura debe precisar la atención recibida.	Oficial del Seguro	No
B.81.3	En un hospital donde el paciente está a la espera de su ingreso en una institución especializada.	USD 100 por día Nota: Si la atención de enfermería no se puede identificar, el 50 % de la factura se atribuirá a la atención de enfermería	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	No
Cuidados paliativos					
B.83	Cuidados paliativos para enfermos terminales	USD 100 por día Nota: Si la atención de enfermería no se puede identificar, el 50 % de la factura se atribuirá a la atención de enfermería.		N/A	No
Servicios no reembolsables (lista no exhaustiva)					
B.84	Asistencia domiciliaria (para compras, limpieza, cocina, jardinería, etc.)	No reembolsable			
B.85	Cuidados prestados por un familiar, incluido el/la cónyuge	No reembolsable			
B.86	Balneoterapia, tratamientos termales y talasoterapia	No reembolsable			
B.87	Tratamientos estéticos cuya única finalidad sea mejorar el aspecto físico	No reembolsable			
Servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación proporcionados por:					
B.90	Médico	Véase también el párrafo B.243		N/A	Sí
B.91	Personal de partería			N/A	Sí
B.93	Servicios de laboratorio		Prescripción médica	N/A	Sí
B.94	Diagnóstico por imagen		Prescripción médica	N/A	Sí
B.95	Audiología		Prescripción médica	N/A	Sí
B.96	Ortótica	24 sesiones por año		N/A	Sí
		Por encima de este límite	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.97	Dietista	Seis sesiones por año	Prescripción médica	N/A	Sí
		Más de seis sesiones	Informe médico, con código de la CIE-11	Oficial del Seguro	Sí
B.98	Ergoterapia	24 sesiones por año		N/A	Sí
B.99	Osteopatía/quiropática	24 sesiones por año		N/A	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.101	Fisioterapia	24 sesiones por año, más el remanente de sesiones no utilizadas durante los dos años precedentes.		N/A	Sí
		Por encima de este límite	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.103	Podología/quiropodia	12 sesiones por año		N/A	No
B.105	Logopedia para adultos	24 sesiones por año	Prescripción médica	N/A	Sí
		Por encima de este límite	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.106	Sesiones con un profesional de la salud mental (sesiones presenciales y a distancia)	24 sesiones por año		N/A	Sí
B.106.1	Sesiones con un profesional de la salud mental para trastornos incluidos en la Parte D (deberá agotarse primero el número máximo de sesiones indicado <i>supra</i>)	El código de la CIE-11 servirá de referencia para determinar si se trata de una de las afecciones enumeradas en la Parte D, para las que no se establece ningún máximo reembolsable	Informe médico con código de la CIE-11, y posteriormente cada 12 meses	Oficial del Seguro	Sí
B.107	[suprimido]				
B.108 Atención de la salud específicamente para el niño, el adolescente y el joven					
B.108.1	Psicomotricista (para niños de hasta 18 años)	150 sesiones por año	Prescripción médica	N/A	Sí
B.108.2	Logopeda (para niños de hasta 18 años)	150 sesiones por año	Prescripción médica	N/A	Sí
B.108.3	Terapias reconocidas que se han de dispensar tempranamente, como los enfoques comportamentales y comunicacionales (incluido el análisis aplicado del comportamiento, o ABA); otras terapias reconocidas que ha de evaluar el Asesor Médico del Seguro.	El código de la CIE-11 servirá de referencia para determinar si se trata de una de las afecciones enumeradas en la Parte D, para las que no se establece ningún máximo reembolsable	• Terapia prestada por un profesional de la salud mental o bajo su supervisión • Informe médico de un pediatra en el que se indique el código de la CIE-11 y el plan terapéutico detallado cada 5 años con prescripción médica • Número de horas o días de terapia • Será necesario presentar una nueva prescripción médica si la evolución es importante	Oficial del Seguro	Sí
Atención oftalmológica (se aplicará a los afiliados nuevos, así como a los funcionarios que hayan reanudado su afiliación en el curso del año civil, la cláusula prorratea temporis en relación con las cuantías máximas indicadas <i>infra</i>)					
B.110	Lentes correctivos y monturas, lentes de contacto comprados por internet o no, reemplazo de lentes correctivos o monturas dañados, y pruebas conexas de agudeza visual, campo visual y presión intraocular.	USD 250 por año de compra, más las cuantías remanentes de este epígrafe no utilizadas en los tres años precedentes. Las cuantías remanentes disponibles se utilizarán en el siguiente orden: • Año de compra • Año de compra -1 • Año de compra -2	Resultados de un examen ocular realizado por un oftalmólogo o un optometrista/óptico titulado con autorización para ejercer	N/A	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
		Año de compra -3			
B.111	Lentes correctivos tras cirugía ocular	USD 250 para la compra de lentes, únicamente en los 12 meses siguientes a la intervención quirúrgica	Prescripción médica	N/A	No
B.111.1	Lentes ópticos especiales (para un grado de visión muy bajo)		Prescripción médica	Oficial del Seguro	Sí
B.112	Cirugía ocular refractiva: Miopía o hipermetropía, con o sin astigmatismo, de más de cuatro dioptrías.	USD 2000 por ojo (de por vida)	Informe médico	Oficial del Seguro	No
			En otros casos: informe médico	Oficial del Seguro	No
B.113	Catarata	USD 3500 por ojo		N/A	No
B.113.1	Catarata con complicaciones y/u hospitalización	Sin tope	- Informe médico - Estimación de gastos	Oficial del Seguro	Sí
B.114	Otras cirugías oculares		- Informe médico - Estimación de gastos - Fotos/imágenes y/o - Examen realizado por el Asesor Médico del Seguro	Oficial del Seguro	Sí
Servicios odontológicos (se aplicará a los afiliados nuevos, así como a los funcionarios que hayan reanudado su afiliación en el curso del año civil, la cláusula prorratea temporis en relación con las cuantías máximas indicadas infra)					
B.120	Tratamiento odontológico, por ejemplo: tratamientos de higiene bucodental, ortodoncia, odontología, endodoncia, prótesis y periodoncia (incluidos el costo de servicios de dentista, técnico y anestesta, el material requerido, coronas, puentes, prótesis, implantes —incluidos implantes con injerto óseo— o dispositivos similares).	USD 1500 por año de tratamiento, más las cuantías remanentes de este epígrafe no utilizadas en los 3 años precedentes Las cuantías remanentes disponibles se utilizarán en el siguiente orden: - Año de tratamiento - Año de tratamiento -1 - Año de tratamiento -2 - Año de tratamiento -3 salvo en el caso de los paquetes de ortodoncia cuya facturación y solicitud de reembolso hayan sido realizadas al comienzo del tratamiento, los cuales se reembolsarán en función del remanente disponible en la primera fecha del tratamiento		N/A	No
B.121	Sustitución protésica de una o más piezas dentales debido a las consecuencias de enfermedades sistémicas graves (por ejemplo, cáncer, cardiopatía) o de una anomalía congénita no dental, o para permitir la realización de una intervención quirúrgica no dental.	No afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos	- Informe médico en el que se indica la duración prevista del tratamiento - Estimación de gastos	Oficial del Seguro	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.122	Atención odontológica a consecuencia de un accidente.	No afecta al remanente disponible para gastos de servicios odontológicos.	- Informe médico en el que se indica la duración prevista del tratamiento - Estimación de gastos	Oficial del Seguro	Sí
B.123	[suprimido]				
Intervenciones preventivas (reembolsables al 100 % hasta alcanzar los máximos establecidos en cada caso; al saldo restante se le aplicará una tasa de reembolso del 80 %)					
B.150	Todas las vacunas contra enfermedades infecciosas que estén aprobadas para su uso en el país de residencia del afiliado y que se administren de acuerdo con el calendario recomendado a nivel nacional o el recomendado por la OMS.		Prescripción médica o administración de la vacuna por un proveedor de servicios de salud al que las autoridades sanitarias del país en el que este desempeñe su actividad hayan dado licencia y autorización para ello	N/A	No
B.152	Mamografía, a partir de los 40 años	USD 300 por periodo de dos años		N/A	No
B.153	Chequeo ginecológico general	USD 150 por periodo de dos años		N/A	No
B.154	PSA (prueba de próstata), a partir de los 50 años	USD 50 por año		N/A	No
B.155	Pruebas de detección del cáncer de colon a partir de los 50 años (de entre los métodos siguientes):				
B.155.1	Colonoscopia	USD 1200 por periodo de diez años		N/A	No
B.155.2	Prueba inmunoquímica fecal	USD 30 por periodo de dos años		N/A	No
B.156	Chequeo médico general a partir de los 55 años para afiliados que no sean funcionarios en activo, consistente en: - Auscultación cardiovascular y pulmonar - Toma del pulso y medición de la tensión arterial - Cálculo del IMC; Y las siguientes pruebas: - ECG - muestra de sangre con hemograma completo (leucocitos, eritrocitos, hemoglobina, hematocritos, volumen corpuscular medio (VCM), plaquetas), glicemia en ayunas, creatinina, albúmina, bilirrubina, ALAT, AST, ALP, GGT, TG y colesterol LDL y HDL.	Tope regional máximo renovable cada dos años. Nota: De conformidad con el párrafo B.32, la hospitalización para un chequeo médico general no es reembolsable.		N/A	No
B.157	Prueba de VIH (incluida orientación antes y después de la prueba)	USD 100 por año		N/A	No
B.158	Pruebas de la hepatitis B y de la hepatitis C (incluida orientación antes y después de la prueba)	USD 100 por año		N/A	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.159	Prueba oftalmológica para niños con edades comprendidas entre los diez meses y los cuatro años	USD 200 (una prueba de por vida)		N/A	No
Salud reproductiva					
B.160	Pruebas de diagnóstico prenatal			N/A	Sí
B.161	Clases de preparación al parto impartidas por personal de partería/enfermería			N/A	Sí
B.163	Parto domiciliario con asistencia de partera o médico			N/A	Sí
B.164	Parto hospitalario			N/A	Sí
B.165	Tratamiento de fecundidad	USD 30 000 (de por vida)	Prescripción médica al inicio del tratamiento.	N/A	No
B.166	Anticonceptivos			N/A	Sí
B.167	Esterilización			N/A	Sí
B.168	Ejercicios prenatales	No reembolsable			
B.169	Ejercicios posnatales	No reembolsable			
B.170	Gestación subrogada	No reembolsable			
Productos medicinales					
B.180	Medicamentos (reembolsables por el Seguro)		Prescripción médica	N/A	Sí
B.181	Medicamentos (reembolsables por el Seguro) prescritos por funcionarios/exfuncionarios que son médicos	Únicamente para uso propio o para sus familiares asegurados.	Prescripción médica	N/A	Sí
B.182	Apósitos		Prescripción médica	N/A	Sí
B.183	Homeopatía	No reembolsable			
B.184	[suprimido]				
B.185	Sustitutos del tabaco (excluidos los cigarrillos electrónicos)		Prescripción médica	N/A	Sí
B.186	Complementos alimentarios	Únicamente patologías graves	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.186.1	Leche/preparados para lactantes (edad máx. 36 meses)	Únicamente patologías graves	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.187	Vitaminas y minerales	Únicamente patologías específicas. Excluye los multivitamínicos generales	Prescripción médica	Oficial del Seguro	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.188 Uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas:					
Uso de medicamentos para indicaciones que no han sido autorizadas por el organismo nacional de reglamentación farmacéutica del país del prescriptor (es decir, el uso de medicamentos para una indicación no autorizada, en un grupo de edad no autorizado o con una dosis, duración o vía de administración diferentes). Los medicamentos pueden estar autorizados en otras jurisdicciones o no estar autorizados (todavía) en ningún lugar. Los medicamentos utilizados para una indicación no autorizada son reembolsables por el Seguro solo en condiciones específicas.					
<i>Nota. Se puede excepcionalmente eximir de la obligación de obtener aprobación previa para considerar el reembolso de medicamentos utilizados para indicaciones no autorizadas en caso de urgencia médica (véase en el apéndice la definición del Seguro para «urgencia médica»).</i>					
B.188.1	Uso de pruebas de alta calidad Uso rutinario de un tratamiento en el ámbito ambulatorio u hospitalario de conformidad con directrices o protocolos terapéuticos basados en pruebas de alta calidad	Menos de USD 12 000 al año	Prescripción médica.	Oficial del Seguro	Sí
		Cuando el tratamiento supere los 12 meses, véase el párrafo B.188.3	Se podrá solicitar un informe médico.		
		Más de USD 12 000 al año. Cuando el tratamiento supere los 12 meses, véase el párrafo B.188.3	- Informe del médico tratante en el que se haga referencia a directrices de práctica clínica de alta calidad o a protocolos normalizados, con inclusión de: - Plan de tratamiento, costo y resultados relevantes favorables esperados; - Plan de evaluación; - Consecuencias para el paciente si la enfermedad no se trata; - Confirmación de que no se dispone de ningún otro tratamiento reconocido con una relación beneficio-daño favorable para el paciente. - Se podrá pedir un informe adicional de un médico distinto del que prescribió el tratamiento.	SHI/GSC	Sí
B.188.2	Uso compasivo/experimental Uso de una terapia que esté siendo objeto de ensayos clínicos o de una solicitud de autorización de comercialización con el fin de tratar a un grupo de pacientes con una enfermedad debilitante crónica o grave o una enfermedad potencialmente letal que no pueda ser tratada satisfactoriamente con un medicamento autorizado. El uso compasivo se caracteriza por la existencia de muy pocas pruebas que respalden el uso del medicamento.		Normalmente no se reembolsa. Consideración excepcional caso por caso. Se aplican los requisitos enunciados en el párrafo B.188.1	SHI/GSC	Sí
B.188.3	Uso prolongado o crónico de medicamentos para indicaciones no autorizadas	Cantidad y periodo pendientes de aprobación.	Se aplican los requisitos enunciados en el párrafo B.188.1.	SHI/GSC	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
	Para los párrafos B.188.1 y B.188.2, por una duración superior al periodo máximo de un año.				
Productos medicinales no reembolsables (lista no exhaustiva)					
B.201	Aguas minerales	No reembolsable			
B.202	Productos medicinales de venta sin receta médica	No reembolsable			
B.204	Champús, tónicos capilares o jabones especiales	No reembolsable			
B.205	Filtro solar	No reembolsable			
B.206	Artículos de tocador	No reembolsable			
B.208	Medicamentos adquiridos por internet	No reembolsable			
Dispositivos y accesorios (cuantía máxima reembolsada por cada compra)					
B.210	Sostén (especial) para mujeres mastectomizadas	USD 200 por año	Prescripción, posteriormente aprobación de por vida	N/A	No
B.211	Prótesis de sostén para mujeres mastectomizadas	USD 400 por año	Prescripción médica, posteriormente aprobación de por vida	N/A	No
B.212	Audífonos, incluido su mantenimiento	USD 2500 por oído, por periodo de cuatro años + USD 250 por oído por periodo de cuatro años si se ha consultado a un audioprotesista o audiólogo	Prescripción médica	N/A	No
		Con mayor frecuencia cuando la audición se ha deteriorado significativamente	Informe médico	Oficial del Seguro	No
B.212.1	Implantes cocleares (incluido su electrónica/mantenimiento)		Informe médico	N/A	Sí
B.213	Inhaladores	USD 100 por periodo de cinco años	Prescripción médica	N/A	No
B.214	Plantillas (ortopédicas y hechas a medida)	USD 1000 por periodo de 2 años	Prescripción médica	N/A	No
B.215	Medias (de sostén)	USD 140 por año	Prescripción médica	N/A	No
B.216	Calzado (ortopédico y hecho a medida)	USD 1800 por año	Prescripción médica	N/A	No
B.217	Pelucas	USD 800 por año	Prescripción médica	N/A	No
Dispositivos y accesorios: cuantía máxima reembolsada en caso de alquiler o compra (excluye los artículos de venta sin receta médica que no son reembolsables)					
B.219	Cama clínica	USD 2000 (de por vida)	Informe médico	Oficial del Seguro	No
B.219.1	Colchón antiescaras	USD 400 por periodo de cinco años	Prescripción médica	N/A	No
B.220	Extractor de leche	Compra o alquiler: USD 250 (dentro de los 36 meses posteriores al nacimiento de un niño)	Prescripción médica	N/A	No
B.221	Collarín (ortopédico)	USD 50 por año		N/A	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
B.222	Muletas	USD 50 por año		N/A	No
B.223	Glucómetro (incluido su mantenimiento)	USD 100 por periodo de dos años		N/A	No
B.224	Andador	USD 50 por periodo de dos años		N/A	No
B.225	Aparatos para la apnea o aparatos de presión positiva bifásica en la vía aérea (BiPAP)				
B.225.1	Aparatos para la apnea (incluidos humidificadores/mantenimiento)	Alquiler: USD 500 por el primer año; luego compra: USD 1000 cada cinco años, o	Prescripción médica al inicio del tratamiento.	N/A	No
B.225.2	[suprimido]				
B.225.3	Aparatos de presión positiva bifásica en la vía aérea (BiPAP)	Alquiler: USD 500 por el primer año; luego alquiler o compra: USD 2500 cada cinco años	Prescripción médica al inicio del tratamiento.	N/A	No
B.226	Silla de ruedas (eléctrica o manual) o moto eléctrica para personas con movilidad reducida (incluido su mantenimiento)	USD 3000 por periodo de cinco años	Prescripción médica	Oficial del Seguro	No
B.226.1	Silla de ruedas (eléctrica o manual) o moto eléctrica para personas con movilidad reducida (incluido su mantenimiento) si el estado de salud se ha deteriorado de forma notable en los cinco años siguientes a la última compra.	USD 3000	Informe médico	Oficial del Seguro	No
B.226.2	Movilidad vertical para personas con discapacidad/bipedestador	USD 3000 por periodo de cinco años	Informe médico	Oficial del Seguro	No
B.227	Absorbentes para la incontinencia	USD 200 por año	Prescripción médica	N/A	No
B.228	Aparatos específicos y prótesis externas:				
B.228.1	Bomba de insulina		Prescripción médica	N/A	Sí
B.228.2	Bomba de apomorfina		Prescripción médica	N/A	Sí
B.228.3	Bomba temporal		Prescripción médica	N/A	Sí
B.228.4	Concentrador de oxígeno (incluidos los portátiles)	USD 2000 por periodo de cinco años	Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.228.5	Equipo de compresión		Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.228.6	Dispositivo ortopédico (de rodilla, etc.)		Prescripción médica	N/A	Sí
B.228.7	Ortesis (de tibia, cráneo, etc.)		Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.228.8	Corsé		Informe médico	Oficial del Seguro	Sí
B.228.9	Alquiler de un desfibrilador cardioversor portátil	USD 4000 por 30 días (máximo 90 días)	Informe médico cada 30 días	Oficial del Seguro	Sí
B.229	Otros dispositivos médicos		Informe médico	Oficial del Seguro	No

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
Dispositivos y accesorios no reembolsables (lista no exhaustiva)					
B.230	Adaptaciones en el hogar (por ejemplo, ducha, salvaescaleras, aseo adaptado, asiento de bañera)	No reembolsable			
B.231	Purificador de aire o humidificador	No reembolsable			
B.232	Traje de baño para mujeres mastectomizadas	No reembolsable			
B.234	Artículos de cama (distintos de los colchones antillagas)	No reembolsable			
B.235	Tensiómetro	No reembolsable			
B.237	Bombillas (de infrarrojos)	No reembolsable			
B.238	Mantenimiento específico de equipo adquirido personalmente	No reembolsable			
B.239	Termómetro	No reembolsable			
Intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas					
B.240	Acupuntura	24 sesiones por año		N/A	Sí
B.240.1	[suprimido]				
B.241	Intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas (solo en régimen ambulatorio): · Ayurveda · Medicina tradicional china	12 sesiones por año	Prescripción médica y prueba documental de que el tratamiento está autorizado por las autoridades sanitarias del país en que se dispensa	N/A	Sí
B.242	Naturopatía, fitoterapia/medicina herbaria (nota: algunos medicamentos herbarios pueden estar cubiertos por el párrafo B.241)	No reembolsable			
B.243	Cualquier consulta con un médico en relación con modalidades no reembolsables de medicina alternativa, incluidos los exámenes o medicamentos prescritos en cada caso o el tratamiento dispensado tras la consulta	No reembolsable			
Transporte					
B.250	<u>En casos de urgencia médica:</u>				
B.250.1	Ambulancia por vía de superficie hasta el establecimiento de atención de salud más cercano donde se pueda tratar al paciente			N/A	Sí
B.250.2	Cualquier otro medio de transporte hasta el establecimiento de atención de salud más cercano, si el		Informe médico	Oficial del Seguro	Sí

Párrafo	Tipo de prestación	Máximo reembolsable/tope	Requisito	Se exige la aprobación previa de	Elegible para prestación suplementaria (párr. C.2)
	transporte en ambulancia por vía de superficie no es apropiado				
B.251	<u>En situaciones distintas de las urgencias médicas:</u>				
B.251.1	Ambulancia por vía de superficie entre hospitales/clínicas.			N/A	Sí
B.251.2	[suprimido]				
B.252	Servicios de búsqueda y rescate	No reembolsable			
B.253	Evacuación/repatriación por razones médicas	No reembolsable			
B.254	Cualquier otro medio de transporte, incluido el taxi, el coche privado o el transporte público	No reembolsable			
Fallecimiento					
B.255	Repatriación	No reembolsable			
B.256	Servicios mortuorios/funerarios	No reembolsable			

PARTE C: PROCEDIMIENTO PARA LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO

GASTOS EXCESIVOS

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

PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA

- C.2 Se paga un reembolso adicional, o una prestación complementaria, si, durante el periodo de 12 meses anterior a la fecha de reembolso, la parte que debe asumir el cotizante de los gastos médicos correspondientes a las prestaciones que reúnen los requisitos para el cálculo de la prestación complementaria (según se indica en el cuadro de prestaciones de los presentes Estatutos), para él y sus familiares asegurados, sobre la base de un cálculo realizado en función de las cantidades y de las fechas en que se efectúe el reembolso, excede su límite catastrófico. La prestación complementaria será equivalente al 100 % de la diferencia entre el gasto efectuado por el cotizante y su límite catastrófico.

LÍMITE CASTRÓFICO

- C.3 El límite catastrófico de un cotizante se calcula como sigue:
- C.3.1 en el caso de los funcionarios activos, el 5 % de su remuneración anual tomada como base para calcular la cotización de conformidad con estos Estatutos (véase el párrafo E.30). Cuando se trate de funcionarios con contratos a tiempo parcial, se tomará como base de cálculo el 100 % de la remuneración equivalente a un puesto a tiempo completo;
 - C.3.2 en el caso de los exfuncionarios con 25 años o más de afiliación a la CCPPNU, o sus familiares sobrevivientes, el 5 % de su pensión completa anual de la CCPPNU (y no una prestación reducida en la que se haya pagado una suma global);
 - C.3.3 en el caso de los exfuncionarios con menos de 25 años de afiliación a la CCPPNU, o sus familiares sobrevivientes, a cuya pensión se hace referencia en la Parte E «Condiciones de afiliación», el 5 % de la pensión completa anual de la CCPPNU pagadera después de 25 años de afiliación a la CCPPNU.

REEMBOLSO DE OTRAS FUENTES

- C.4 Si existe otro seguro, plan de seguridad social o programa similar, y el Seguro actúa como un seguro complementario, se reembolsará la parte de los gastos médicos no reembolsados por el otro seguro, plan de seguridad social o programa similar, hasta el reembolso máximo de dichos gastos médicos, con arreglo a lo dispuesto en estos Estatutos. La cuantía total reembolsada no excederá el 100 % de los gastos médicos conexos.
- C.5 Cuando un tercero pueda tener la responsabilidad legal de reembolsar los gastos médicos por una enfermedad o lesión por la cual correspondería normalmente al Seguro hacer el reembolso, el funcionario afectado deberá presentar todas las facturas médicas pertinentes directamente al seguro de ese tercero. Si el funcionario afectado recibe del seguro de un tercero el reembolso de algún gasto médico que ya haya sido reembolsado por el Seguro de Enfermedad del Personal, deberá reintegrar a este último la cantidad recibida. En casos excepcionales, el Seguro podrá exigir al funcionario afectado que tome las medidas necesarias para hacer cumplir tal responsabilidad. En esos casos, los gastos relacionados con las acciones legales serán sufragados por el Seguro.

REEMBOLSO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EE. UU.)

C.6 COTIZANTES QUE SON:	TRATAMIENTO DENTRO Y FUERA DE LA RED	
a) Funcionarios cuyo lugar de destino está fuera de la Región de las Américas de la OMS, distintos de los indicados en el apartado b) <i>infra</i>⁴ b) Exfuncionarios cuyo país de residencia reconocido está fuera de la Región de las Américas de la OMS^{1,4} c) Familiares asegurados de a) y b) <i>supra</i>, que no sean hijos que estudian en los Estados Unidos⁴	Reembolso máximo 60 %³ 0 Normalmente reembolso del 80 % según la Parte B «Prestaciones» para: - tratamiento de emergencia, en casos en que el paciente no pueda viajar por razones médicas, si se ha obtenido la aprobación previa del Seguro; - tratamiento médico inferior a USD 1000 por evento; - prestaciones con un reembolso máximo en dólares de los Estados Unidos	
C.7 COTIZANTES QUE SON:	TRATAMIENTO DENTRO DE LA RED	TRATAMIENTO FUERA DE LA RED
a) Funcionarios cuyo lugar de destino se encuentra en la Región de las Américas de la OMS b) Funcionarios cuyo lugar de residencia reconocido por la Organización a efectos de contratación se encuentra en los Estados Unidos c) Exfuncionarios cuyo lugar de residencia se encuentra en la Región de las Américas de la OMS¹ d) Familiares asegurados de las personas indicadas anteriormente Hijos de a) y b) <i>supra</i> que están estudiando en los Estados Unidos	Normalmente reembolso del 80 % según la Parte B «Prestaciones»	Reembolso máximo del 70 %² 0 Normalmente reembolso del 80 %, según la Parte B «Prestaciones», si se ha obtenido la aprobación previa del Seguro para: - tratamiento de emergencia cuando el paciente no pueda viajar hasta un proveedor de atención de la salud perteneciente a la red por razones médicas; - servicios médicos a los que ha derivado un proveedor de atención de la salud dentro de la red (por ejemplo, laboratorio); - prestaciones de atención de salud mental; - cualquier tratamiento para el que no haya disponible un proveedor de atención de la salud dentro de la red; - prestaciones con un reembolso máximo en dólares de los Estados Unidos
¹ País de residencia reconocido por la OMS en la fecha de la separación del servicio, a menos que el exfuncionario presente un nuevo certificado de residencia expedido por una autoridad nacional en el que se indique la fecha de inicio de la nueva residencia. ² La parte de los gastos médicos reembolsables correspondiente al cotizante no cumple los criterios para la prestación complementaria. ³ Hasta el 15 % de la parte de los gastos médicos reembolsables correspondiente al cotizante cumple los criterios para el cálculo de la prestación complementaria. ⁴ El Seguro debe ser informado con al menos dos semanas de antelación de cualquier tratamiento médico programado en los Estados Unidos para garantizar la negociación de la facturación con la compañía especializada en contención de gastos médicos, lo que beneficiará tanto al cotizante como al Seguro.		

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO (excepto en los Estados Unidos)

- C.8 Las solicitudes de reembolso deberán cumplir los siguientes requisitos:
- C.8.1 Las solicitudes de reembolso deberán presentarse al Seguro en los 12 meses siguientes a la fecha de la factura.⁴
 - C.8.2 Las solicitudes de reembolso se presentan a través de SHI-Online (shi-online.who.int).⁵
 - C.8.3 El cotizante es responsable de presentar las solicitudes de reembolso en nombre de todos sus familiares asegurados.^{6, 7}
 - C.8.4 Las solicitudes de reembolso deben incluir facturas médicas pagadas, comprobantes de pago y recetas cuando así se indique en el cuadro de prestaciones de los presentes Estatutos.
 - C.8.5 Todos los documentos deben estar traducidos al inglés, al francés o al idioma principal de trabajo de la oficina regional de que se trate.
 - C.8.6 En las solicitudes de reembolso solo se podrá utilizar una única moneda; se establece, además, un máximo de cinco facturas por solicitud.
 - C.8.7 Cada solicitud presentada debe representar una cuantía mínima total reembolsable de USD 50. Sin embargo, cuando una factura se acerque al plazo límite de 12 meses esta deberá presentarse de todos modos.

CONFIRMACIÓN POR PARTE DEL COTIZANTE (EXCEPTO EN LOS ESTADOS UNIDOS)

- C.9 Al presentar una solicitud de reembolso, el cotizante confirma que:
- C.9.1 Las facturas han sido pagadas en su totalidad.
 - C.9.2 Se han comprobado en las facturas las fechas de tratamiento y los servicios médicos recibidos.
 - C.9.3 Los servicios médicos fueron recibidos durante un periodo de afiliación al Seguro.
 - C.9.4 Se ha declarado el reembolso (recibido o previsto) de otras fuentes.

⁴ **IMPORTANTE:** El plazo para la presentación de solicitudes de reembolso debe respetarse estrictamente.

⁵ Los exfuncionarios que se hayan separado del servicio antes del 1 de enero de 2020 pueden presentar sus solicitudes de reembolso utilizando el formulario WHO 339 (sobre del Seguro) si así lo desean. Esto también se aplica a otros cotizantes que hayan obtenido una excepción. Se deben presentar los documentos originales (facturas, comprobantes de pago, recetas). Las solicitudes de reembolso deben enviarse al oficial del Seguro en la Sede o al oficial de presupuesto y finanzas de la oficina regional, según corresponda.

⁶ Si un cotizante no estuviera en condiciones de atender sus asuntos personales como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, las solicitudes pueden ser presentadas por su apoderado o, en circunstancias excepcionales, por una persona que actúe en su nombre en calidad de fiduciario. En tales casos, se deberá proporcionar un poder notarial oficial al Seguro.

⁷ Los familiares asegurados no pueden presentar solicitudes de reembolso. Sin embargo, previa aprobación por escrito de un cotizante, el Seguro puede estar autorizado a compartir información relativa al Seguro con su cónyuge.

- C.9.5 Los descuentos concedidos han sido declarados.
- C.9.6 El Seguro puede ponerse en contacto directamente con el proveedor de atención de la salud u otro seguro para solicitar aclaraciones con respecto a una factura y el Seguro puede utilizar, divulgar o transferir esa información a efectos de administración del Seguro.
- C.9.7 Los documentos electrónicos presentados son copias auténticas de los originales y los originales se conservarán durante un mínimo de tres años desde la fecha de reembolso y se pondrán a disposición de los auditores o para otros fines administrativos del Seguro cuando se solicite.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO (EXCEPTO EN LOS ESTADOS UNIDOS)

- C.10 Las solicitudes de reembolso de los afiliados que residen en los Estados Unidos serán administradas por un tercero administrador. Las solicitudes de reembolso deberán cumplir los siguientes requisitos:
 - C.10.1 Las solicitudes de reembolso deberán presentarse al tercero administrador en los 12 meses siguientes a la fecha de la factura.⁸
 - C.10.2 El cotizante es responsable de presentar las solicitudes de reembolso en nombre de todos sus familiares asegurados.⁹
 - C.10.3 Las solicitudes deberán presentarse conforme al procedimiento determinado por el tercero administrador.

CONFIRMACIÓN POR PARTE DEL COTIZANTE (EN LOS ESTADOS UNIDOS)

- C.11 Al presentar una solicitud de reembolso al tercero administrador, o al autorizar a un proveedor de atención de la salud a presentar una solicitud de reembolso al tercero administrador en su nombre, un cotizante confirma que:
 - C.11.1 Los servicios médicos fueron recibidos durante un periodo de afiliación.
 - C.11.2 Se ha declarado el reembolso (recibido o previsto) de otras fuentes.
 - C.11.3 El Seguro puede ponerse en contacto directamente con el tercero administrador u otro seguro para solicitar aclaraciones con respecto a una solicitud de reembolso o una factura individual y el Seguro puede utilizar, divulgar o transferir esa información a efectos de administración del Seguro.
 - C.11.4 Los documentos electrónicos presentados son copias auténticas de los originales y los originales se conservarán durante un mínimo de tres años desde la fecha de reembolso y se pondrán a disposición de los auditores o para otros fines administrativos del Seguro cuando se solicite.

⁸ **IMPORTANTE:** El plazo para la presentación de solicitudes de reembolso debe respetarse estrictamente.

⁹ Si un cotizante no estuviera en condiciones de atender sus asuntos personales como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, las solicitudes pueden ser presentadas por su apoderado o, en circunstancias excepcionales, por una persona que actúe en su nombre en calidad de fiduciario. En tales casos, se deberá proporcionar un poder notarial oficial al Seguro.

FACTURAS MÉDICAS DE IMPORTE ELEVADO (PAGOS DIRECTOS)

C.12 Un cotizante puede solicitar al Seguro que efectúe el pago de una factura médica de importe elevado a un proveedor de la atención de la salud en su nombre, cuando:

C.12.1 **en el caso de los funcionarios**, el importe de una factura individual es igual o superior al 10 % de su sueldo mensual neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición más el ajuste por lugar de destino, cuando proceda). El Seguro paga el importe total de la factura al proveedor de atención de la salud, y la parte de los gastos que corresponde pagar al funcionario (normalmente el 20 % de los gastos médicos reembolsables más los gastos no reembolsables) se recuperará mediante la deducción de su sueldo en un periodo de uno a tres meses. El importe que se recuperará se comunica a través del formulario de aviso de pago directo.

C.12.2 **en el caso de los exfuncionarios (o familiares sobrevivientes)**, el importe de una factura médica individual deberá equivaler al menos al 10 % de su pensión mensual de la CCPNU. O bien:

- a) el Seguro paga el importe total de la factura al proveedor de atención sanitaria y el exfuncionario paga la parte de los gastos que le corresponde abonar (normalmente el 20 % de los gastos médicos reembolsables más cualquier gasto no reembolsable) al Seguro, o
- b) el Seguro paga su parte (normalmente el 80 % de los gastos médicos reembolsables) al proveedor de atención sanitaria y el exfuncionario paga su parte de los gastos (normalmente el 20 % de los gastos médicos reembolsables más cualquier gasto no reembolsable) al proveedor de atención sanitaria.

C.12.3 El importe que deberá pagar el exfuncionario se comunica a través del formulario de aviso de pago directo.¹⁰ O bien:

- a) El cotizante tramita su solicitud de pago directo por medio de SHI-Online, donde deberá presentar una copia de la(s) factura(s) médica(s) original(es).¹¹ Las solicitudes deben realizarse lo antes posible después de recibir la factura del proveedor de atención sanitaria, normalmente en un plazo de 30 días y, en cualquier caso, no más tarde de tres meses a contar desde la fecha de la factura; o
- b) El proveedor de atención sanitaria envía la factura al Seguro para el pago directo.

En cualquier caso, el cotizante confirma que:

- c) Se han comprobado en las facturas las fechas de tratamiento y los servicios médicos recibidos.

¹⁰ El exfuncionario debe realizar el pago de la parte que le corresponde de los gastos médicos al Seguro o al proveedor de atención sanitaria en un plazo de 90 días desde la fecha del formulario de aviso de pago directo, de lo contrario, se suspenderá el reembolso de otras solicitudes hasta el momento en que se haya pagado la cuantía pendiente.

¹¹ Salvo en el caso de los exfuncionarios que se hayan separado del servicio antes del 1 de enero de 2020, que pueden presentar sus solicitudes de reembolso utilizando el formulario WHO 843 («sobre amarillo») si así lo desean. Esto también se aplica a otros cotizantes que hayan obtenido una excepción. Las solicitudes de reembolso deben enviarse al oficial del Seguro en la Sede o al oficial de presupuesto y finanzas de la oficina regional, según corresponda.

- d) Los servicios médicos fueron recibidos durante un periodo de afiliación.
- e) Se ha declarado el reembolso (recibido o previsto) de otras fuentes.

COMPROBANTE DE PAGO

- C.13 El comprobante de pago que es aceptable para el Seguro dependerá del importe de la factura médica.
- C.13.1 Para facturas superiores a 2000 dólares de los Estados Unidos en todo el mundo o de 250 dólares de los Estados Unidos en Suiza y la vecina Francia, se aceptan los siguientes comprobantes de pago:
- i. Recibo de tarjeta de crédito/débito;
 - ii. Copia del extracto bancario/extracto de la tarjeta de crédito con el importe correspondiente resaltado;
 - iii. Copia del aviso de adeudo bancario que indique que la orden de pago está «ejecutada» o «totalmente aprobada»;
 - iv. Cheque «pagado/hecho efectivo» (Estados Unidos);
 - v. Recibo de la oficina de correos (Suiza);
 - vi. Factura con saldo cero o reexpedida con «factura pagada en su totalidad»;
 - vii. Declaración del seguro de enfermedad principal (si el Seguro actúa como un seguro complementario).
- C.13.2 En SHI-Online se puede consultar la información sobre el comprobante de pago aceptable para importes más bajos.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

- C.14 Si una solicitud de reembolso cumple con los requisitos de la Parte B «Prestaciones», así como con los requisitos para su presentación, se puede tramitar el reembolso.
- C.15 El importe reembolsable de una factura se calcula en la moneda de la factura.
- C.16 El pago se efectúa en la moneda de la cuenta bancaria del cotizante o, si esto no conviene a la Organización, en cualquier moneda de libre convertibilidad al tipo de cambio operacional de las Naciones Unidas en la fecha en que el Seguro efectúe los cálculos.
- C.17 Las prestaciones sujetas a un límite máximo de reembolso en dólares de los Estados Unidos se calculan sobre la base de un tipo de cambio preferencial único, a fin de evitar fluctuaciones cambiarias con respecto al dólar. El tipo de cambio en cuestión se calcula cada mes de enero, para todas las monedas, utilizando el tipo de cambio medio de los 24 meses anteriores. Este tipo de cambio preferencial únicamente se aplica si resulta beneficioso para el cotizante.
- C.18 Si alguna parte de una solicitud no es reembolsable o requiere información adicional, se notificará al cotizante a través de anotaciones en el formulario de aviso de reembolso del Seguro la razón o las razones por las que no se ha procedido al reembolso o por las que es necesario presentar información adicional que permita seguir examinando la solicitud.
- C.19 Cuando se requiera información adicional, esta deberá facilitarse en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de la factura original o, si este plazo ya ha expirado, en un plazo de tres meses a partir de la fecha en que se haya solicitado la información adicional.
- C.20-
- C.21 [suprimido]

- C.24 Si un cotizante está en desacuerdo con la forma en que se ha reembolsado su solicitud, deberá ponerse en contacto con el oficial del Seguro en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del aviso de reembolso. En caso de duda sobre la interpretación y la aplicación de los Estatutos del Seguro en la liquidación de la reclamación, el cotizante puede solicitar que el caso se remita al SHI/GSC para su revisión y decisión.
- C.24.1 En aquellos casos en los que el reembolso no esté cubierto por los Estatutos del Seguro, cuando el reembolso total o parcial esté justificado por las circunstancias concretas del caso, la Presidencia del SHI/GSC podrá, previo examen por el SHI/GSC, formular recomendaciones respecto del reembolso al Contralor, para su consideración y aprobación.

CUENTAS BANCARIAS

- C.25 Los reembolsos se pagan al cotizante de la siguiente manera:
- C.25.1 en el caso de los funcionarios, en la cuenta bancaria en la que se deposita el sueldo. Los funcionarios de contratación internacional que tengan más de una cuenta registrada en el sistema de planificación de los recursos institucionales deberán elegir en dicho sistema la cuenta en la que se harán todos los reembolsos del Seguro.
- C.25.2 en el caso de los exfuncionarios o familiares sobrevivientes, en la cuenta bancaria registrada en el Seguro. Cualquier cambio en la cuenta bancaria o en los datos de la cuenta bancaria debe actualizarse a través de SHI-Online o notificarse a la secretaría del Seguro lo antes posible; se debe incluir:
- i. Nombre del titular de la cuenta (debe incluir el nombre del cotizante)
 - ii. Nombre y dirección del banco
 - iii. Número de cuenta (IBAN, si procede)
 - iv. Números de ruta: SWIFT/BIC/ABA/código de entidad/IFSC/número de registro del banco o número de compensación local
 - v. Moneda de la cuenta
- C.25.3 El pago no se puede realizar a través de un banco intermediario.

RETENCIÓN DE LOS PAGOS

- C.26 En caso de sospecha de fraude o intento de fraude con respecto a los fondos del Seguro, el oficial del Seguro retendrá el pago de las prestaciones y solo autorizará el pago de las prestaciones a través del pago directo al proveedor de atención de salud del costo de la atención reembolsable con arreglo a los presentes Estatutos hasta que se decida si se ha cometido fraude o intento de fraude. Cuando se haya establecido que no se ha cometido fraude o intento de fraude, cualquier pago de las prestaciones retenidas se realizará a reserva de lo dispuesto en los presentes Estatutos y en consonancia con ellos. Cuando se haya establecido que se ha cometido fraude o intento de fraude, la retención de los pagos se realizará a reserva de lo dispuesto en los presentes Estatutos y en consonancia con ellos, y teniéndose en cuenta, en su caso, cualquier deducción prevista en el párrafo C.26.2.
- C.26.1 Si alguna parte de la solicitud de reembolso no se ajusta a los requisitos de los presentes Estatutos, el oficial del Seguro informará al solicitante de los motivos por los que no se le puede abonar la cantidad íntegra. Si la información aportada en apoyo de la solicitud es incompleta, errónea o incorrecta, o contiene datos falsificados o fraudulentos, del tipo que sean, ello podrá dar lugar a la desestimación de la solicitud y/o a la denegación del reembolso de los pagos

reclamados, así como a la adopción de medidas administrativas o de otra índole contra el afiliado, de conformidad con lo previsto en estos estatutos.

- C.26.2 El Seguro deducirá de cualquier prestación pagadera a un afiliado de conformidad con los presentes Estatutos el importe de cualquier suma que este le adeude cuando se haya efectuado algún pago en condiciones distintas de las establecidas en estos Estatutos.

MEDICARE (EN LOS ESTADOS UNIDOS)

- C.27 Un cotizante que esté inscrito en la Parte A y/o la Parte B de Medicare de los Estados Unidos, o cuyo familiar asegurado esté inscrito en la Parte A y/o la Parte B de Medicare, recibirá del Seguro el reembolso completo de sus primas de Medicare, a reserva de las condiciones establecidas en el formulario de solicitud de reembolso de las primas de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare «Application for reimbursement of Medicare Part A and/or Part B Premiums» y las directrices conexas. Véase el apartado E.13 sobre la inscripción en Medicare.

PAGOS EN EFECTIVO

- C.28 Los pagos en efectivo a los proveedores de servicios de salud están desaconsejados y no están permitidos por encima de los umbrales establecidos por el Contralor y comunicados anualmente a todos los afiliados. Las solicitudes de excepciones deben enviarse a shicompliance@who.int y serán concedidas caso por caso.
- C.29 (véase el párrafo B.85)

PARTE D: Lista de afecciones según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)

(considerada en el cuadro de prestaciones, en los párrafos B.106.1 y B.108.3)

Trastornos del neurodesarrollo

6A00	Trastornos del desarrollo intelectual
6A00.0	Trastorno del desarrollo intelectual leve
6A00.1	Trastorno del desarrollo intelectual moderado
6A00.2	Trastorno del desarrollo intelectual grave
6A00.3	Trastorno del desarrollo intelectual profundo
6A00.4	Trastorno del desarrollo intelectual provisional
6A00.Z	Trastorno del desarrollo intelectual, sin especificación
6A01	Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
6A01.1	Trastorno del desarrollo de la fluidez del habla
6A03	Trastorno del desarrollo del aprendizaje
6A04	Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
6A02	Trastorno del espectro autista
6A05	Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención
6A05.Y	Otro trastorno especificado por hiperactividad con déficit de la atención
6A05.Z	Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, sin especificación
6A06	Trastorno por movimientos estereotipados
6A0Y	Otros trastornos especificados del neurodesarrollo

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

6A20	Esquizofrenia
6A21	Trastorno esquizoafectivo
6A22	Trastorno esquizotípico
6A23	Trastorno psicótico agudo y transitorio
6A24	Trastorno delirante
6A2Y	Otro trastorno psicótico primario o especificado
6A2Z	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, sin especificación

Catatonía

6A40	Catatonía asociada con otro trastorno mental
6A41	Catatonía inducida por sustancias psicoactivas o medicamentos
6A4Z	Catatonía, sin especificar

Trastornos del estado de ánimo

6A60	Trastorno bipolar de tipo I
6A61	Trastorno bipolar de tipo II
6A70.1	Trastorno depresivo, episodio único moderado sin síntomas psicóticos

6A70.2	Trastorno depresivo, episodio único moderado con síntomas psicóticos
6A70.3	Trastorno depresivo, episodio único grave sin síntomas psicóticos
6A70.4	Trastorno depresivo, episodio único grave con síntomas psicóticos
6A71.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos
6A71	Trastorno depresivo recurrente

Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

6B00	Trastorno de ansiedad generalizada
------	------------------------------------

Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados

6B20	Trastorno obsesivo-compulsivo
6B21	Trastorno dismórfico corporal
6B22	Trastorno de referencia olfativa
6B23	Hipocondriasis
6B24	Trastorno por acumulación
6B25	Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo
6B25.0	Tricotilomanía
6B25.1	Trastorno de excoriación
6B25.Y	Otros trastornos especificados por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo
6B25.Z	Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo, sin especificación
6B2Y	Otros trastornos obsesivo-compulsivos especificados y otros trastornos relacionados
6B2Z	Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados, sin especificación

Trastornos específicamente asociados con el estrés

6B40	Trastorno de estrés postraumático
6B41	Trastorno de estrés postraumático complejo
6B42	Trastorno por duelo prolongado
6B44	Trastorno de vinculación reactiva (inicio antes de los cinco años de edad)
6B45	Trastorno de compromiso social desinhibido (inicio antes de los cinco años de edad)

Trastornos disociativos

6B60	Trastorno disociativo con síntomas neurológicos
6B61	Amnesia disociativa
6B62	Trastorno de trance
6B63	Trastorno de trance y posesión
6B64	Trastorno de identidad disociativa
6B65	Trastorno de identidad disociativa parcial
6B66	Trastorno de despersonalización y desrealización
6B6Y	Otros trastornos disociativos especificados
6B6Z	Trastornos disociativos, sin especificación

Trastornos del comportamiento alimentario

6B80	Anorexia nerviosa
6B81	Bulimia nerviosa
6B82	Trastorno de atracones compulsivos
6B83	Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria
6B84	Pica
6B85	Trastorno por rumiación o regurgitación
6B8Y	Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario
6B8Z	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación

Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal

6C20.1	Trastorno de distrés corporal moderado
6C20.2	Trastorno de distrés corporal grave
6C21	Disforia de la integridad corporal

Trastornos debidos a comportamientos adictivos

6C50	Trastorno por juego de apuestas
6C51	Trastorno por uso de videojuegos

Trastornos del control de los impulsos

6C70	Piromanía
6C71	Cleptomanía
6C72	Trastorno por comportamiento sexual compulsivo
6C73	Trastorno explosivo intermitente
6C7Y	Otros trastornos especificados del control de los impulsos
6C7Z	Trastornos del control de los impulsos, sin especificación

Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

6C90	Trastorno desafiante y oposicionista
6C91	Trastorno de comportamiento disocial
6C9Y	Otros trastornos de comportamiento disruptivo y disocial especificado
6C9Z	Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial, sin especificación

Más los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial que ocurren junto con trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo no relacionados con el consumo de sustancias, incluidos los que no se indican en la Parte D.

Trastornos de personalidad y rasgos relacionados

6D10	Trastorno de personalidad
6D10.0	Trastorno de personalidad leve
6D10.1	Trastorno de personalidad moderado

- 6D10.2 Trastorno de personalidad grave
- 6D10.Z Trastornos de personalidad, sin especificación de su gravedad

Trastornos facticios

- 6D50 Trastorno facticio impuesto a uno mismo
- 6D51 Trastorno facticio impuesto a otro
- 6D5Z Trastornos facticios, sin especificación

Trastornos neurocognitivos

- 6D70.0 Delirio por enfermedad clasificada en otra parte
- 6D70.1 Delirium debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos
- 6D70.2 Delirio debido a factores etiológicos múltiples
- 6D70.Y Delirio, otra causa especificada
- 6D70.Z Delirio, causa sin especificación o desconocida
- 6D72.0 Trastorno amnésico por enfermedades clasificadas en otra parte
- 6D72.1 Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos
- 6D72.Y Otro trastorno amnésico especificado
- 6D72.Z Trastorno amnésico, sin especificación
- 6D80 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer
- 6D81 Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular
- 6D82 Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy
- 6D83 Demencia frontotemporal
- 6D84 Demencia por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos
- 6D85 Demencia debida a enfermedades clasificadas en otra parte (incluidas todas las subcategorías)
- 6D85.Y Demencia debida a otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte
- 6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación

Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio

- 6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos
- 6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos
- 6E2Z Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación

Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

- 6E60 Síndrome de neurodesarrollo secundario
- 6E61 Síndrome psicótico secundario
- 6E62 Síndrome secundario del estado de ánimo
- 6E63 Síndrome de ansiedad secundario
- 6E64 Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado

6E65	Síndrome disociativo secundario
6E66	Síndrome secundario de control de los impulsos
6E68	Cambio secundario de la personalidad
6E69	Síndrome de catatonia secundaria
6E6Y	Otros síndromes secundarios mentales o del comportamiento especificados
6E6Z	Síndromes secundarios mentales o del comportamiento, sin especificación

PARTE E: CONDICIONES DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES

CONDICIONES DE AFILIACIÓN AL SEGURO

- E.1 Todos los funcionarios están afiliados al Seguro según estos Estatutos, como condición de empleo y mientras dure su nombramiento, excepto:
- a) los funcionarios con nombramientos temporales de 60 días o menos y remunerados por día.
 - b) con arreglo a lo dispuesto en el párrafo siguiente, los funcionarios:
 - i. con afiliación activa al plan de seguro médico de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas, a través del empleo de su cónyuge u otro acuerdo con otra organización del régimen común de las Naciones Unidas, según lo acordado en el momento de su empleo con la OMS;
 - ii. con afiliación activa al plan de seguro médico para exfuncionarios de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas, mediante su propia afiliación o la de su cónyuge, según lo acordado en el momento de su empleo con la OMS.
- E.1.1 Una vez haya recibido una certificación de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas de que el funcionario es un afiliado en activo de su plan de seguro médico o un afiliado en activo de su plan de seguro médico para exfuncionarios, según corresponda, la OMS considerará si el funcionario está exento de afiliarse al Seguro y le informará en consecuencia. En tal caso, la OMS no será responsable de los costos de atención médica en que se incurra posteriormente.
- E.1.2 En el caso de que un funcionario ya no sea un afiliado en activo del plan de seguro médico o un afiliado en activo del plan de seguro médico de exfuncionarios de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas, el funcionario estará obligado a notificarlo a la OMS y a afiliarse al Seguro tan pronto como cese su participación en dicho plan de seguro médico.
- E.2 La afiliación al Seguro durante los periodos de licencia especial sin sueldo (LESS) o adscripción es voluntaria. Los funcionarios deben abonar en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones de todos los miembros asegurados de la familia (su parte y la de la Organización) correspondientes a todo el periodo de la LESS o la adscripción. Si un funcionario decide no afiliarse al Seguro durante un periodo de LESS, los remanentes acumulados antes de dicho periodo relacionados con las prestaciones que tienen un límite máximo de reembolso en dólares de los Estados Unidos en el cuadro de prestaciones de los presentes Estatutos se trasladarán sin cambios al momento de la reincorporación al servicio.
- E.3 Los siguientes familiares de un funcionario que sean sus familiares a cargo reconocidos en virtud del párrafo 310.5 del Reglamento de Personal también estarán afiliados al Seguro:
- E.3.1 el cónyuge del funcionario reconocido como familiar a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal;
 - E.3.2 los hijos reconocidos como familiares a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal;
 - E.3.3 el padre, la madre, hermano o hermana del funcionario reconocidos como familiares a cargo por la Organización, de acuerdo con lo estipulado en el párrafo 310.5 del Reglamento de Personal.
 - E.3.4 La afiliación en nombre de los familiares a cargo reconocidos es obligatoria y automática en el momento del reconocimiento del familiar a cargo mientras dure su condición de familiar a cargo reconocido, salvo en los casos en que las autoridades nacionales del país en el que reside un familiar a cargo, tal como se describe en el

párrafo E.3.3, exijan la inscripción obligatoria en un plan nacional de seguro de enfermedad o el mantenimiento de la afiliación al mismo. Cuando se reciba una certificación de que el familiar a cargo es un afiliado en activo de un plan nacional de seguro de enfermedad obligatorio, ni la OMS ni el Seguro serán responsables de los costos de atención médica en que se incurra posteriormente.

- E.4 Cuando un funcionario no tenga cónyuge a cargo, un cónyuge no a cargo puede estar afiliado al Seguro. Su afiliación debe solicitarse a través del procedimiento de recursos humanos correspondiente. La afiliación será efectiva a partir de la fecha en que el funcionario realice la solicitud y hasta que el funcionario solicite la cancelación a través del procedimiento de recursos humanos pertinente o hasta que se dejen de reunir las condiciones de afiliación por:
- un cambio en la condición de familiar a cargo del cónyuge;
 - divorcio;
 - fallecimiento del cónyuge.

Solo puede haber un cónyuge de un funcionario afiliado al Seguro en cualquier momento.

- E.4.1 Un hijo no a cargo de un funcionario puede estar afiliado al Seguro si tiene entre 18 y 28 años. Su afiliación debe solicitarse a través del procedimiento de recursos humanos correspondiente. La afiliación será efectiva a partir de la fecha en que el funcionario realice la solicitud y hasta el término del mes en que el hijo cumpla 28 años o antes de esa fecha si el funcionario solicita la cancelación a través del procedimiento de recursos humanos pertinente.
- E.4.2 En el caso de los funcionarios del cuadro de servicios generales que trabajan en lugares de destino en los que las condiciones locales de empleo establecidas en virtud del párrafo 1310.3 del Reglamento de Personal no prevean el reconocimiento de un familiar secundario a cargo, el padre, la madre, el hermano o la hermana (pero no más de una de esas personas), puede afiliarse siempre que:
- el funcionario demuestre que sufraga más de la mitad de los gastos totales de manutención de esa persona y, en cualquier caso, que la cantidad correspondiente representa al menos el doble de la prestación estándar por un segundo hijo a cargo;
 - el cónyuge del funcionario no esté reconocido como cónyuge a cargo;
 - el hermano o la hermana reúna las condiciones relativas a la edad y asistencia escolar previstas en el párrafo 310.5.2 del Reglamento de Personal;
 - su afiliación debe solicitarse a través del procedimiento de recursos humanos correspondiente. La afiliación será efectiva a partir de la fecha en que el funcionario realice la solicitud y hasta que el funcionario solicite la cancelación a través del procedimiento de recursos humanos pertinente o hasta que el familiar deje de cumplir las condiciones de afiliación.
- E.4.3 En caso de divorcio, el funcionario puede solicitar una prolongación de la cobertura del seguro de su excónyuge durante un periodo máximo de seis meses después de la fecha del divorcio. El funcionario debe abonar en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones del excónyuge (su parte y la de la Organización) correspondientes al periodo en cuestión. No será posible prolongar la cobertura más allá del periodo seleccionado.

- E.5 Al dejar la Organización, un funcionario que no cumpla las condiciones para mantener la afiliación al Seguro tras la separación del servicio aplicables a los exfuncionarios, de conformidad con los cuadros 2, 3, 4, 5 o 6 de estos Estatutos, que recogen las condiciones de afiliación, podrá optar por prolongar la cobertura del seguro para él y sus familiares asegurados por un periodo máximo de seis meses después de la separación del servicio (fecha de separación del servicio). El funcionario debe abonar en un solo pago antes de su fecha de separación del servicio la totalidad de las cotizaciones de todos los miembros asegurados de la familia (su parte y la de la Organización) correspondientes al periodo

elegido. No será posible prolongar la cobertura más allá del periodo seleccionado. A los efectos de los párrafos C.6 y C.7 de los Estatutos, el lugar de residencia del funcionario durante el periodo de cobertura ampliado del Seguro será el reconocido por la Organización en la fecha de su separación del servicio.

- E.5.1 Cuando un funcionario sea funcionario con nombramiento de plazo fijo o nombramiento continuo y su cónyuge sea funcionario con nombramiento temporal (según lo previsto en el párrafo 420.4 del Reglamento de Personal), el funcionario con nombramiento de plazo fijo o nombramiento continuo podrá solicitar la afiliación de su cónyuge (ya sea como cónyuge a cargo o no a cargo) durante la interrupción del contrato del cónyuge. La solicitud debe realizarse a través del procedimiento de recursos humanos pertinente antes de la fecha de finalización del nombramiento temporal del cónyuge. La cancelación también debe solicitarse en la fecha en que el cónyuge comience el nuevo nombramiento temporal.
- E.6 Los funcionarios que reúnan las condiciones para mantener su afiliación al Seguro, de conformidad con los cuadros 2, 3, 4 o 6 de los presentes Estatutos, que recogen las condiciones de afiliación, podrán optar por mantener su afiliación y la de sus familiares asegurados mediante la presentación del formulario WHO 90.3 debidamente cumplimentado a la secretaría del Seguro en la Sede antes de la fecha de su separación del servicio. Cualquier suma global requerida conforme a los cuadros 2, 3 o 4 de estos Estatutos debe pagarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de su separación del servicio. Con sujeción al pago de la cotización correspondiente, se considerará que la afiliación ha seguido sin interrupción desde la fecha de separación del servicio.
- E.7 A los fines de poder optar al mantenimiento de la afiliación al Seguro, cuando un afiliado haya estado afiliado con anterioridad al plan de seguro de enfermedad de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas con cobertura completa, esta afiliación previa a dicho plan de seguro de enfermedad podrá tomarse en cuenta a los efectos del tiempo de afiliación al Seguro en la siguiente medida:
 - E.7.1 Cuando no haya habido un periodo de interrupción entre la afiliación al plan de seguro de enfermedad (con cobertura plena) de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas y la afiliación al Seguro de la OMS, el periodo íntegro de afiliación anterior al otro plan de seguro de enfermedad podrá tomarse en cuenta a los efectos del tiempo de afiliación al Seguro, en particular a los fines del mantenimiento de la afiliación con arreglo a los cuadros 3 y 4 de estos Estatutos.
 - E.7.2 Cuando haya habido un periodo de interrupción entre la afiliación al plan de seguro de enfermedad (con cobertura plena) de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas y la afiliación al Seguro de la OMS, podrá tomarse en cuenta un periodo de afiliación anterior de hasta cinco años a ese plan de seguro de enfermedad a los efectos del tiempo de afiliación al Seguro de la OMS.
 - E.7.3 Estos créditos solo son posibles cuando el plan de seguro de enfermedad de esa otra organización del régimen común de las Naciones Unidas tenga una disposición análoga que reconozca, para sus afiliados, la afiliación anterior al Seguro de la OMS. Dichos créditos se aplican a las condiciones de afiliación de los cuadros 2, 3 y 4 de estos Estatutos, tanto a los efectos de la duración de la afiliación como del mantenimiento de la afiliación.
- E.8 Un funcionario que cumpla las condiciones requeridas, pero que no elija mantener su afiliación y la de sus familiares asegurados al Seguro a más tardar en la fecha de su separación del servicio, no podrá solicitar la afiliación posteriormente.
- E.9 Un exfuncionario puede cancelar en cualquier momento el mantenimiento de su afiliación al Seguro y la de sus familiares asegurados avisando con tres meses de antelación a la secretaría del Seguro en la Sede. El mantenimiento de la afiliación al Seguro no se podrá

reanudar posteriormente. Al cancelar su propia afiliación al Seguro, un exfuncionario cancela automáticamente la afiliación de sus familiares asegurados.

E.9.1 (véase el párrafo E.33.5)

- E.10 En caso de divorcio, los exfuncionarios afiliados al Seguro podrán optar por mantener afiliado a su excónyuge, siempre y cuando sigan abonando las cotizaciones, presentando las solicitudes de reembolso y recibiendo los reembolsos en nombre del excónyuge.
- E.11 El Seguro no cubrirá ningún gasto médico incurrido después de la fecha de cese de la afiliación. No obstante, si un hijo está recibiendo tratamiento médico en el momento de alcanzar la edad límite de afiliación, se permitirá el reembolso de los gastos relacionados con ese tratamiento que se produzcan en los 90 días siguientes a la fecha de cese de la afiliación.
- E.12 Tras la muerte de un funcionario o exfuncionario, la afiliación continuada al Seguro es automática para el cónyuge y/o los hijos sobrevivientes y/o los familiares a cargo secundarios sobrevivientes (el padre, la madre o un hermano o hermana) que estuvieran asegurados en la fecha de fallecimiento del funcionario o exfuncionario. Pueden, en cualquier momento, cancelar la afiliación continuada al Seguro avisando con tres meses de antelación a la secretaría del Seguro en la Sede. La afiliación al Seguro no se podrá reanudar posteriormente.
- E.13 Al cumplir los 65 años, los cotizantes y sus familiares asegurados que reúnan los requisitos para inscribirse en la Parte A y/o en la Parte B de Medicare de los Estados Unidos (Parte A y/o Parte B de Medicare) deben inscribirse en el programa de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare, según corresponda. En el caso de los cotizantes que decidan no inscribirse y/o no inscribir a sus familiares asegurados en la Parte A y/o en la Parte B de Medicare, según corresponda, sus gastos médicos en los Estados Unidos se tratarán como si estuvieran inscritos. No se aplicará ninguna sanción con respecto a los gastos médicos en que incurran los cotizantes y sus familiares asegurados que tenían 75 años o más al 1 de enero de 2019.
- E.14 Cuando uno de los familiares asegurados de un exfuncionario sea un hijo con discapacidad física o mental de 21 años o más, ese hijo podrá seguir estando asegurado mientras reciba una prestación por hijo a cargo con arreglo a los Estatutos, Reglamentos y Sistema de Ajuste de las Pensiones de la CCPPNU.

COTIZACIONES

- E.30 Las cotizaciones de los funcionarios al Seguro se calcularán sobre la base de la cantidad total de su sueldo de base neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición, y el ajuste por lugar de destino, cuando corresponda) y se deducirán de su sueldo mensual.
- E.31 Las cotizaciones al Seguro de los funcionarios contratados a tiempo parcial y de los que estén disfrutando de una LESS también se basarán en la remuneración correspondiente a un empleo a tiempo completo. Las cotizaciones al Seguro de los funcionarios con LESS se calcularán sobre la base de su último sueldo de base neto (incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición, y el ajuste por lugar de destino, cuando corresponda).
- E.32 Las cotizaciones de los funcionarios que cesen en su empleo tras al menos 20 años de servicio, según las condiciones de afiliación consignadas en el cuadro 2 de estos Estatutos, y que opten por seguir afiliados acogéndose al Seguro de enfermedad después de la separación del servicio se calcularán como sigue:
 - E.32.1 hasta la edad de jubilación anticipada, de igual modo que para las LESS;
 - E.32.2 después de esa fecha, de igual modo que para los exfuncionarios.

- E.33 Las cotizaciones al Seguro de los exfuncionarios afiliados al Seguro y sus familiares asegurados se basarán en la pensión completa del exfuncionario con arreglo a los Estatutos, Reglamentos y Sistema de Ajuste de las Pensiones de la CCPPNU después de un periodo mínimo de 30 años de afiliación a la CCPPNU, y no en una pensión reducida cuando se pagó una suma global.
- E.33.1 Las cotizaciones de los exfuncionarios que se jubilen tras 30 años o más de afiliación a la CCPPNU se calcularán sobre la base de la pensión completa que perciban;
- E.33.2 Las cotizaciones de los exfuncionarios que se jubilen con menos de 30 años de afiliación a la CCPPNU se calcularán sobre la base de la pensión completa que habrían percibido tras 30 años de afiliación a la CCPPNU. Las cotizaciones de los familiares sobrevivientes se calcularán sobre la base del 50 % de las cuantías indicadas *supra*.
- E.33.3 Las cotizaciones se deducirán con un mes de antelación de la pensión mensual de la CCPPNU.
- E.33.4 En los casos en que un exfuncionario aplaza el pago de su prestación de la CCPPNU, o en los casos en que no se perciba una pensión mensual de la CCPPNU, las cotizaciones al Seguro se pagarán anualmente y por adelantado directamente al Seguro. El pago debe realizarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la factura del Seguro; de lo contrario, se retendrá el reembolso de los gastos médicos que figuren en nuevas solicitudes hasta que se hayan pagado las cotizaciones pendientes.
- E.33.5 El impago de las cotizaciones al Seguro durante 12 meses supondrá el fin de la afiliación al Seguro. No existe posibilidad de readmisión posterior.
- E.34 Los exfuncionarios afiliados al Seguro que vuelven a ser contratados con un nombramiento temporal deben pagar cotizaciones tanto en calidad de exfuncionarios como de funcionarios con nombramiento temporal, salvo cuando las condiciones de reincorporación al empleo exijan el reingreso en la CCPPNU como miembro cotizante. En tales casos, el exfuncionario deberá informar de ello a la secretaría del Seguro.
- E.35 (véase el párrafo E.33.2)
- E.36 Sobre la base de los resultados financieros del Seguro, las tasas de cotización podrán ser modificadas por decisión del Director General en respuesta a una recomendación del SHI/GOC, previa consulta con el SHI/GSC.
- E.37 En el caso de que ambos cónyuges sean funcionarios afiliados al Seguro con arreglo a los presentes estatutos, contribuirán por separado al Seguro en su calidad de funcionarios. El cónyuge que perciba la mayor remuneración efectuará la cotización correspondiente a los hijos. En el caso de que ambos cónyuges sean exfuncionarios afiliados al Seguro, contribuirán por separado.
- E.38 [suprimido]

CUADROS DE LAS CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Cuadro 1

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

	Afiliación	Salvo en caso de urgencia médica o accidente, la cantidad máxima cubierta por el Seguro será de USD 10,000 por año durante los tres primeros años de cobertura (cláusula prorratea temporis)	Tasas de cotización	
			Cotizante	Organización
Funcionario	Obligatoria ¹	N/A	2,55 %	5,10 %
Cónyuge a cargo	Obligatoria	N/A	2,55 %	5,10 %
Hijo a cargo	Obligatoria	N/A	0,35 %	0,70 %
Familiar secundario a cargo	Obligatoria ²	Cláusula aplicable	5,69 %	0 %
Cónyuge no a cargo	Voluntaria	Cláusula aplicable salvo si el cónyuge se afilia al Seguro en los tres meses siguientes a: i) la fecha de afiliación del funcionario al Seguro, ii) la fecha del matrimonio, o iii) un cambio en la situación de dependencia del cónyuge.	2,55 %	5,10 %
Hijo no a cargo	Voluntaria	N/A	1,03 %	2,06 %
¹ Con exclusión de los funcionarios que están exentos según el párrafo E.1.				
² Con exclusión de los familiares secundarios a cargo que están exentos según el párrafo E.3.4.				

Nota importante: La afiliación al Seguro durante los periodos de LESS o adscripción es voluntaria. Los funcionarios, sus familiares a cargo y los familiares que reúnan las condiciones necesarias, pueden estar cubiertos por el Seguro siempre que el funcionario abone en un solo pago por adelantado la totalidad de las cotizaciones de todos los miembros asegurados de la familia (su parte y la de la Organización) correspondientes a todo el periodo de la LESS o la adscripción.

Cuadro 2
Condiciones para mantener la afiliación al Seguro
Funcionarios que se separan del servicio antes de la edad de jubilación anticipada
establecida por la CCPNU

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida
Funcionario	Deberá haber estado afiliado al SHI¹ al menos durante 20 años, y tener: entre 50 y 55 años en el momento de la separación del servicio, si la fecha de afiliación a la CCPNU fue anterior al 1 de enero de 2014, o bien entre 53 y 58 años en el momento de la separación del servicio, si la fecha de afiliación a la CCPNU fue el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha o bien	Se aplica la misma cláusula que para los periodos de LESS hasta: i) hasta finalizar el mes en que el funcionario cumpla 55 años, o bien ii) hasta finalizar el mes en que el funcionario cumpla 58 años.
Cónyuge	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y cumplir las condiciones previstas para mantener la afiliación al Seguro cuando el funcionario alcance la edad de jubilación anticipada (véase el cuadro 3).	Véase <i>supra</i> .
Familiar secundario a cargo	Deberá estar afiliado al SHI en el momento de la separación del servicio del funcionario y cumplir las condiciones previstas para mantener la afiliación al Seguro cuando el funcionario alcance la edad de jubilación anticipada (véase el cuadro 3).	Véase <i>supra</i> .
Hijo a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	Véase <i>supra</i> .
Hijo no a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	Véase <i>supra</i> .
¹ Con exclusión de la afiliación en calidad de funcionario con nombramiento temporal de 60 días o menos y remunerado por día.		

Cuadro 3
Condiciones para mantener la afiliación al Seguro
Funcionarios cuya fecha de separación del servicio está comprendida entre la
edad de jubilación anticipada y la edad normal de jubilación establecidas por la
CCPPNU

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida ¹
Funcionario	Deberá haber estado afiliado al SHI ¹ al menos durante diez años, cinco de ellos de forma ininterrumpida, y tener: 55 años o más, si la fecha de afiliación a la CCPPNU fue anterior al 1 de enero de 2014, o bien 58 años o más, si la fecha de afiliación a la CCPPNU fue el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha	No se requiere el abono de ninguna suma global
Cónyuge Nota: El periodo de afiliación de un excónyuge no es transferible.	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario y haber estado afiliado durante al menos cinco años, o	No se requiere el abono de ninguna suma global
	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario, y el funcionario deberá haber pagado la suma global correspondiente por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del cónyuge alcance los cinco años.	5,06 %¹
Familiar secundario a cargo Nota: El periodo de afiliación de un antiguo familiar secundario a cargo no es transferible.	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario y haber estado afiliado durante al menos diez años, o	No se requiere el abono de ninguna suma global
	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario, y el funcionario deberá haber pagado la suma global correspondiente por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del familiar secundario a cargo alcance los diez años.	7,11 %¹
Hijo a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global
Hijo no a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global
¹ Porcentaje del último sueldo anual de base neto del funcionario, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición y el ajuste por lugar de destino, según corresponda, por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación alcance los cinco o diez años, según proceda.		

² Con exclusión de la afiliación en calidad de funcionario con nombramiento temporal de 60 días o menos y remunerado por día. Sin embargo, pueden aplicarse periodos de afiliación al seguro de enfermedad de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas (véase el párrafo E.7).

Cuadro 4

Condiciones para mantener la afiliación al Seguro Funcionarios que se separan del servicio al alcanzar la edad normal de jubilación establecida por la CCPNU o posteriormente

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida ¹
Funcionario Edad normal de jubilación: 60 años si la fecha de afiliación a la CCPNU fue anterior al 1 de enero de 1990 62 años si la fecha de afiliación a la CCPNU estuvo comprendida entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 2013 65 años si la fecha de afiliación a la CCPNU fue el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha	Deberá haber estado afiliado al SHI ² al menos durante diez años, cinco de ellos de forma ininterrumpida, o	No se requiere el abono de ninguna suma global
	Deberá haber estado afiliado al Seguro ² al menos durante al menos cinco años de forma ininterrumpida y haber pagado la suma global correspondiente por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del funcionario alcance los diez años.	9,61 %¹
Cónyuge Nota: El periodo de afiliación de un excónyuge no es transferible.	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario y haber estado afiliado durante al menos 5 años, o	No se requiere el abono de ninguna suma global
	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario, y el funcionario deberá haber pagado la suma global correspondiente por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación del cónyuge alcance los 5 años.	El funcionario ha estado afiliado al Seguro al menos diez años: 5,06 %¹
		El funcionario no ha estado afiliado al Seguro diez años, pero al menos lo ha estado cinco años: 9,61 %¹
Familiar secundario a cargo Nota: El periodo de afiliación de un antiguo familiar secundario a cargo no es transferible.	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario y haber estado afiliado durante al menos diez años, o	No se requiere el abono de ninguna suma global
	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de separación del servicio del funcionario, y el funcionario deberá haber pagado la suma global correspondiente por cada año o parte	El funcionario ha estado afiliado al Seguro al menos 10 años: 7,11 %¹

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida ¹
	de un año que falte para que la afiliación del familiar secundario a cargo alcance los diez años.	El funcionario no ha estado afiliado al Seguro diez años, pero al menos lo ha estado cinco años: 9,61 %¹
Hijo a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global
Hijo no a cargo	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global
¹ Porcentaje del último sueldo anual de base neto del funcionario, incluidas las prestaciones por cónyuge a cargo, por monoparentalidad y de transición y el ajuste por lugar de destino, según corresponda, por cada año o parte de un año que falte para que la afiliación alcance los cinco o diez años, según proceda. ² Con exclusión de la afiliación en calidad de funcionario con nombramiento temporal de 60 días o menos y remunerado por día. Sin embargo, pueden aplicarse periodos de afiliación al seguro de enfermedad de otra organización del régimen común de las Naciones Unidas (véase el párrafo E.7).		

Cuadro 5
Condiciones para mantener la afiliación al Seguro
Familiares sobrevivientes de un funcionario o exfuncionario, después del
fallecimiento de este

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida
Cónyuge	Deberá estar afiliado al Seguro en la fecha de fallecimiento del funcionario o exfuncionario.	No se requiere el abono de ninguna suma global
Hijo a cargo		
Familiar secundario a cargo		
Hijo no a cargo		

Cuadro 6
Condiciones para mantener la afiliación al Seguro
Funcionarios a los que la CCPNU concede una pensión por discapacidad

	Condiciones de afiliación	Suma global requerida
Funcionario	La separación del servicio debe ser consecuencia de la concesión de una prestación por discapacidad por la CCPNU.	No se requiere el abono de ninguna suma global
Cónyuge	Deberá estar afiliado al Seguro en el momento de la separación del servicio del funcionario.	
Hijo a cargo		
Familiar secundario a cargo		
Hijo no a cargo		

Cuadro 7
Tasas de cotización para los exfuncionarios, sus familiares asegurados
y los familiares sobrevivientes

	Tasas de cotización	
	Cotizante	Organización
Exfuncionario, cónyuge o cónyuge sobreviviente	2,55 %	5,10 %
Hijo a cargo	0,35 %	0,70 %
Familiar secundario a cargo	5,69 %	0 %
Hijo no a cargo	1,03 %	2,06 %

PARTE F: FINANCIAMIENTO

F.1 La Caja del Seguro de Enfermedad del Personal se considera un fondo de depósito de la OMS, al cual:

F.1.1 se abonan las cotizaciones mensuales de los afiliados y las entidades participantes;

F.1.2 se abonan los ingresos incidentales, incluidas las ganancias generadas por las inversiones.

F.1.3 se cargan todas las prestaciones pagadas por el Seguro;

F.1.4 se carga cualquier gasto administrativo, hasta un máximo equivalente al 6 % del total de las cotizaciones recaudadas.

El Seguro prepara anualmente estados financieros comprobados en cumplimiento de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, y proporciona otra información según sea necesario para respaldar la gobernanza del Seguro.

Las transacciones registradas en los párrafos F.1.1 a F.1.4 (inclusive) constituyen movimientos en los activos netos del Seguro, los cuales cada entidad participante registra en el fondo de depósito del Seguro. Los activos netos son atribuibles tanto a las entidades participantes como a sus respectivos afiliados, y no están disponibles para su uso por parte de las entidades participantes en las operaciones generales.

F.2 Los ingresos del Seguro consistirán en:

F.2.1 las cotizaciones de las entidades participantes y los afiliados al primer nivel;

F.2.2 las cotizaciones al segundo nivel, cuando así se requiera para cumplir las disposiciones del párrafo F.6;

F.2.3 cualquier ingreso incidental, incluidas las ganancias generadas por las inversiones.

F.3 Anualmente, se espera que cada entidad participante financie íntegramente:

F.3.1 todo pasivo pasado y flujos de efectivo actuales;

F.3.2 cualquier déficit primario entre las contribuciones de primer nivel (tanto de la entidad participante como de sus afiliados) y la suma de las solicitudes de reembolso y los costos operacionales/administrativos.

F.4 En relación con los pasivos pasados, cada entidad participante financiará progresivamente sus respectivos pasivos por concepto de exfuncionarios y sus familiares asegurados, que se calculan anualmente. El pasivo es la cantidad que se estime que se requiere, sobre la base de las proyecciones actuariales, para sufragar la diferencia entre los gastos que se calcula que entrañarán las prestaciones de los exfuncionarios, los futuros exfuncionarios y sus familiares asegurados afiliados al Seguro según estos Estatutos y las cotizaciones actuales recibidas con respecto a esas personas.

F.5 El primer nivel de cotización consiste en un conjunto de tasas (véanse los cuadros que enumeran las condiciones de afiliación de estos Estatutos) aplicables a todos los afiliados al Seguro, tanto a los funcionarios en activo como a los exfuncionarios. Dos tercios de las cotizaciones de primer nivel son financiados por la entidad participante, y un tercio por los funcionarios y exfuncionarios.

- F.6 Se exigirá que cualquier entidad participante agregue un segundo nivel de cotización al Seguro a lo largo del año siguiente a cualquier año civil en el que los reembolsos a sus funcionarios totalicen más del 75 % de las cotizaciones hechas al primer nivel por los funcionarios y la entidad participante. La cantidad en que esos reembolsos superen el límite máximo del 75 % representará el déficit de la entidad participante. Esa cantidad es la que el Seguro debe recuperar por medio del establecimiento de un segundo nivel de cotización.
- F.7 Durante el primer año en que se necesite un segundo nivel, el costo correspondiente será sufragado por la entidad participante de que se trate, siempre y cuando su déficit no sea superior al 10 % de las cotizaciones hechas por los funcionarios y la entidad participante al primer nivel, o a USD 50 000, si esta cantidad es menor.
- F.8 Si el déficit de la entidad participante supera una de esas cantidades o si se registra un déficit de la entidad participante durante dos o más años consecutivos, el segundo nivel deberá ser financiado a razón de dos tercios por la entidad participante y un tercio por los respectivos afiliados, con excepción de los exfuncionarios afiliados al Seguro, los familiares sobrevivientes y los funcionarios con nombramientos temporales. En estas circunstancias, las tasas de cotización al segundo nivel deberán fijarse de tal forma que arrojen una cantidad equivalente al déficit de la entidad participante del año anterior y a la proyección de déficit correspondiente al año en curso, si lo hubiere. Estas tasas guardarán entre sí la misma relación que las establecidas en los cuadros 1-6 de estos Estatutos, que recogen las condiciones de afiliación.
- F.9 El SHI/GOC podrá recomendar al Director General que establezca los contratos de reaseguro que estime necesarios en beneficio del Seguro.
- F.10 En el fondo de depósito se mantendrá una reserva igual a:
- F.10.1 una cantidad correspondiente a un sexto de los reembolsos del año anterior, para pagar las solicitudes de reembolso pendientes, en caso de que hubiera que liquidar el Seguro;
 - F.10.2 una cantidad, financiada y reservada por las respectivas entidades participantes, para sufragar la diferencia entre los gastos que se calcula que entrañarán las prestaciones de los exfuncionarios y los futuros exfuncionarios y sus familiares asegurados afiliados al Seguro según estos estatutos y las cotizaciones recibidas con respecto a esas personas;
 - F.10.3 el 25 % de las cotizaciones de primer nivel efectuadas por los funcionarios y la entidad participante para cumplir lo dispuesto en el párrafo F.10.2;
 - F.10.4 las contribuciones adicionales aportadas por las entidades participantes en nombre de sus afiliados para cumplir lo dispuesto en el párrafo F.10.2.
- F.11 Los ingresos del Seguro, según lo establecido en el párrafo F.2, serán retenidos por el Seguro a fin de cumplir las obligaciones financieras con los afiliados relativas a la provisión de prestaciones, así como los cambios futuros en las prestaciones proporcionadas a los afiliados. Dichos ingresos no podrán ser devueltos a las entidades participantes o a sus afiliados, excepto en el caso de que se disuelva el Seguro o una entidad participante retire su participación en el Seguro.
- En caso de que una entidad participante supere la financiación de su parte de todos los pasivos del Seguro, incluidos los pasivos del Seguro correspondientes a exfuncionarios y sus familiares asegurados, tal como se establece en el párrafo F.4, podrá solicitar al SHI/GOC la devolución, como máximo, del importe total del superávit, en la medida en

que la entidad participante haya proporcionado financiación adicional al Seguro más allá de sus obligaciones relativas a las cotizaciones de primer y segundo nivel. Tras la consideración del SHI/GOC, y la aprobación del Contralor, la devolución de los fondos se efectuará dentro de un plazo razonable a partir de entonces para permitir una liquidación eficaz en función de los costos de los activos invertidos.

PARTE G: GOBERNANZA Y REGLAMENTO INTERIOR

COMITÉ DE SUPERVISIÓN MUNDIAL DEL SHI (SHI/GOC)

- G.1 Existe un SHI/GOC cuyo cometido consiste en supervisar el Seguro de Enfermedad del Personal y asesorar al Director General sobre la gestión y las operaciones del mismo. En particular, el SHI/GOC se encarga de:
- G.1.1 examinar las operaciones y la situación financiera del Seguro, incluidos los niveles de las prestaciones y las cotizaciones y su compatibilidad con los Estatutos y principios orientadores;
 - G.1.2 examinar la estabilidad financiera y verificar la suficiencia de la reserva financiera del Seguro;
 - G.1.3 considerar todas las solicitudes recibidas del SHI/GSC en relación con el Seguro;
 - G.1.4 examinar el informe anual y el desempeño general del SHI/GSC;
 - G.1.5 organizar estudios actuariales periódicos y aprobar los supuestos subyacentes, examinar los informes actuariales y recomendar al Director General cualquier cambio que sea necesario introducir en el Seguro, previa consulta con el SHI/GSC;
 - G.1.6 examinar el informe del Comisario de Cuentas y recomendar la adopción de las medidas adecuadas en relación con cualquiera de sus recomendaciones;
 - G.1.7 examinar los informes de auditoría interna que se le presenten y recomendar la adopción de las medidas adecuadas respecto de la aplicación de cualquier recomendación relativa al Seguro;
 - G.1.8 sobre la base del asesoramiento del Comité Asesor de Inversiones, revisar la estrategia de inversiones del Seguro y evaluar su desempeño anualmente;
 - G.1.9 examinar la puesta en práctica de las recomendaciones de los informes de auditoría interna y externa que se le presenten sobre las cuentas del Seguro;
 - G.1.10 proporcionar información al Comité Asesor de Inversiones para ayudarlo a examinar las inversiones del Seguro;
 - G.1.11 examinar la dirección y gestión del Seguro por parte de la Secretaría de la OMS y garantizar que sean adecuadas, y evaluar su desempeño anualmente;
 - G.1.12 mantenerse informado acerca de las mejores prácticas de planes de seguro de enfermedad comparables;
 - G.1.13 en consulta con los directores regionales de administración y finanzas, recomendar la aplicación de medidas para garantizar un examen eficaz y metódico de las solicitudes de reembolso, una buena auditoría interna y la prevención del fraude;
 - G.1.14 asesorar al Director General sobre la aplicación de medidas para contener los costos;
 - G.1.15 presentar un informe anual sobre las operaciones, la administración y las cuentas del Seguro al Director General y todos los comités de personal y hacer un resumen accesible a todos los afiliados;

- G.1.16 proponer modificaciones de los Estatutos del Seguro de Enfermedad y someterlas a la decisión del Director General;
- G.1.17 examinar los objetivos y establecer principios orientadores y un modelo de evaluación e indicadores para valorar el desempeño del SHI/GOC y el SHI/GSC.
- G.2 El SHI/GSC estará integrado por:
 - G.2.1 el Subdirector General de Operaciones Institucionales (Presidente *ex officio*); el Contralor (*ex officio*, sin derecho a voto) (Presidente suplente);
 - G.2.2 siete miembros de la Sede y las regiones (un miembro de la Sede y un miembro de cada región) designados por el Director General (los miembros de las regiones serán designados en consulta con los Directores Regionales de las oficinas regionales respectivas);
 - G.2.3 cinco miembros designados por los comités de personal de la Sede y las oficinas regionales (con un máximo de un miembro por Sede/región) que rotarán cada dos años;
 - G.2.4 dos miembros elegidos por los exfuncionarios que estén afiliados al Seguro.
- G.3 Los miembros del Comité, con excepción del Subdirector General de Operaciones Institucionales y el Contralor, desempeñarán un mandato de dos años renovable, salvo los miembros elegidos por los exfuncionarios (véase el apartado G.2.4), cuyo mandato será de cuatro años. Los miembros del SHI/GOC no podrán formar parte al mismo tiempo del SHI/GSC, del Comité Médico de Revisión del SHI o del Subcomité del SHI/GSC.
- G.4 El SHI/GOC recibirá orientación de:
 - G.4.1 asesores externos (normalmente tres), designados por el Director General;
 - G.4.2 un oficial jurídico de la Oficina del Asesor Jurídico de la OMS.
- G.5 Los observadores del SHI/GOC serán:
 - G.5.1 el Presidente del SHI/GSC;
 - G.5.2 un representante del CIIC designado por el Director del CIIC;
 - G.5.3 un representante del ONUSIDA designado por el Director Ejecutivo de dicho organismo.
- G.6 Por invitación del Presidente, el Director de Salud y Bienestar del Personal, el Director de Recursos Humanos y Talento, el Director de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna, y/o el Director de Gestión y Tecnologías de la Información pueden asistir a las reuniones del SHI/GOC para proporcionar información y asesoramiento en sus respectivas áreas de especialización.
- G.7 Los asesores externos del SHI/GOC serán nombrados por el Director General. Los asesores externos tendrán amplia experiencia en planes de seguros de enfermedad, en particular de mutuas de seguros. Los asesores externos no podrán estar empleados por la OMS ni estar o haber estado afiliados al Seguro. Los asesores externos no percibirán remuneración por asistir a las reuniones del SHI/GOC, pero tendrán derecho al reembolso de los gastos de viaje y otros gastos en que incurran para asistir a dichas reuniones conforme a lo estipulado en la política correspondiente de la OMS.

- G.8 El Director General designará a un oficial del Seguro en la Sede para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.
- G.9 El SHI/GOC funcionará de conformidad con el reglamento interior que figura *infra* y se reunirá normalmente dos veces al año. Para cumplir con sus responsabilidades, el SHI/GOC podrá recabar el asesoramiento médico, técnico y actuarial que estime necesario de cualquier fuente. Ahora bien, si la consulta pudiera dar lugar a un compromiso financiero, se deberá obtener antes el visto bueno de los funcionarios competentes, de conformidad con las políticas de la OMS.

COMITÉ PERMANENTE MUNDIAL DEL SHI (SHI/GSC)

- G.10 Existe un SHI/GSC cuyo cometido es decidir sobre los casos que le sean sometidos de conformidad con los Estatutos y recomendar al SHI/GOC cualquier modificación propuesta de los Estatutos y las prácticas del Seguro. En particular, el SHI/GSC se encarga de:
- G.10.1 aplicar los Estatutos y adoptar decisiones sobre los casos que se le sometan;
 - G.10.2 obtener la información médica o técnica necesaria, de cualquier fuente, para determinar si la atención proporcionada en un caso concreto está reconocida y si los gastos son excesivos; Ahora bien, si la obtención de esa información pudiera dar lugar a un compromiso financiero, se deberá obtener antes el visto bueno del oficial competente de la Secretaría, de conformidad con la delegación de autoridad del Director General;
 - G.10.3 proponer al SHI/GOC las modificaciones de los Estatutos o las prácticas del Seguro que, a la luz de la experiencia, estime aconsejables;
 - G.10.4 presentar un informe anual al SHI/GOC en el que se analicen los resultados de la labor y los gastos operacionales del SHI/GSC, los posibles cambios en las prestaciones, las tendencias en los casos examinados y las oportunidades que pudieran existir de contener costos;
 - G.10.5 proporcionar a los oficiales del Seguro directrices e instrumentos que les sirvan de apoyo.
- G.11 El SHI/GSC estará integrado por:
- G.11.1 nueve miembros titulares y nueve suplentes que representarán a la administración, incluidos:
 - a) dos miembros titulares y dos suplentes de la Sede designados por el Director General;
 - b) seis miembros titulares y seis suplentes de las oficinas regionales designados por el Director General en consulta con los directores regionales;
 - c) un miembro titular y un suplente designado por la Administración del ONUSIDA.
 - G.11.2 nueve miembros titulares y nueve suplentes que representarán a los afiliados, a saber:

- a) siete miembros titulares y siete suplentes designados por los comités de personal de la Sede y las oficinas regionales (dos de la Sede, cuatro de las regiones y uno del ONUSIDA);
 - b) dos miembros titulares y dos suplentes elegidos por los exfuncionarios que están afiliados al Seguro, de conformidad con lo estipulado en los cuadros 2 y 3 de la Parte E de estos Estatutos, que recogen las condiciones de afiliación.
- G.12 Los miembros titulares y los miembros suplentes designados por el Director General reflejarán, en la medida de lo posible, un equilibrio de conocimientos especializados en medicina, finanzas, recursos humanos y financiamiento de la atención de salud. Sería aconsejable que los demás miembros tuviesen un perfil similar. El miembro suplente ocupará el lugar del miembro titular cuando este no pueda asistir a una reunión. Los miembros titulares y sus suplentes desempeñarán un mandato renovable de dos años, salvo los miembros elegidos por los exfuncionarios (véase el apartado G.10.2., b)), cuyo mandato será de cuatro años. Solo los miembros titulares o, en su ausencia, sus suplentes, podrán votar. Los miembros del SHI/GSC y sus suplentes no podrán formar parte al mismo tiempo del SHI/GOC.
- G.13 El SHI/GSC estará integrado por:
 - G.13.1 un asesor médico, designado por el Director General por recomendación del SHI/GOC;
 - G.13.2 un oficial jurídico de la Oficina del Asesor Jurídico.
- G.14 El Director General designará a un oficial del Seguro para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.
- G.15 Se establecerá un SHI/GSC provisional que se ocupará de las cuestiones urgentes cuando el SHI/GSC propiamente dicho no esté sesionando. El SHI/GSC provisional estará integrado por cuatro miembros titulares (y cuatro miembros suplentes) de los dos grupos que representan, respectivamente, a la administración y a los afiliados. El SHI/GSC provisional contará entre sus miembros con el Presidente del SHI/GSC (así como con el Presidente suplente de dicho órgano), que lo presidirá. Los demás miembros (y miembros suplentes) serán elegidos por el SHI/GSC del Seguro de entre los integrantes de este, para un mandato de dos años. Para formar quórum en el SHI/GSC provisional, se requiere la presencia (en persona o por videoconferencia) del Presidente (o Presidente suplente, en sustitución del Presidente) y de otros dos miembros titulares (o miembros suplentes, en sustitución de los miembros titulares) con derecho a voto. En la medida de lo posible, el SHI/GSC provisional observará el reglamento interior establecido para el SHI/GSC. No obstante, estará facultado para adoptar las directrices de funcionamiento adicionales que estime necesarias para cumplir su labor. El oficial de la Secretaría y los asesores no participarán en la toma de decisiones ni tendrán derecho a voto. Todas las decisiones del SHI/GSC provisional serán notificadas al SHI/GSC en su siguiente reunión.
 - G.15.1 Se establecerá un subcomité especializado del SHI/GSC para examinar los casos relacionados con el uso de medicamentos para indicaciones no autorizadas (véase el párrafo B.188) y otras cuestiones médicas complejas que le remita el SHI/GSC. El subcomité estará integrado por cinco miembros del SHI/GSC nombrados por el SHI/GSC. El subcomité elegirá un Presidente de entre sus miembros. Contará con el asesoramiento de dos expertos técnicos designados por el Director General de entre los funcionarios de la OMS, que no pueden ser miembros del SHI/GSC y cuyos conocimientos especializados incluirán la

medicina, la farmacia, la farmacología, la inmunología, la oncología y otras especialidades pertinentes. El subcomité será convocado por el Asesor Médico del Seguro (véase el párrafo G.13). Formulará recomendaciones al SHI/GSC sobre los casos que este le remita en los que no se prevea que el importe total anual de que se trate supere los USD 200 000. Los casos se enviarán al subcomité por vía electrónica para su examen y recomendación. Las recomendaciones del subcomité se presentarán al SHI/GSC para que este adopte una decisión en su siguiente reunión.

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

REGLAMENTO INTERIOR

SHI/GOC

Presidente y Presidente suplente

- G.20 El Subdirector General de Operaciones Institucionales será el Presidente del SHI/GOC. El Contralor será el Presidente suplente.

Funcionamiento del SHI/GOC

- G.21 Para formar quórum en el Comité, se requiere la presencia (en persona o por videoconferencia) de nueve miembros titulares con derecho a voto, cuatro de los siete miembros designados por el Director General con arreglo al párrafo G.2.2 *supra*, y cuatro de los siete miembros designados/elegidos con arreglo a los párrafos G.2.3 y G.2.4 *supra* y el Presidente (o el Presidente suplente cuando actúe en calidad de Presidente).
- G.22 La Secretaría facilitará a los miembros antes de cada reunión una propuesta de orden del día, junto con la documentación de base pertinente.
- G.23 El Comité adoptará sus recomendaciones por consenso siempre que sea posible. En caso de que no se pueda lograr el consenso, las opiniones minoritarias se harán constar en el informe. Los funcionarios de la Secretaría, los asesores y el Contralor (cuando esté presente en las reuniones pero sin ejercer las funciones de Presidente) no participarán en la toma de decisiones ni en ninguna votación.
- G.24 En caso de que se adopte una decisión contraria a una recomendación formulada por un asesor del Comité, la recomendación divergente se documentará y recogerá en el acta de la reunión.

Reuniones del SHI/GOC

- G.25 El SHI/GOC se reunirá al menos dos veces al año, en persona o por teleconferencia o videoconferencia. Por lo general, una de estas dos reuniones se programará para el 31 de marzo, o una fecha cercana, con objeto de examinar el proyecto de informe anual del Seguro de Enfermedad del Personal correspondiente al año anterior. Las reuniones del Comité serán convocadas por la Secretaría.
- G.26 Las reuniones del Comité se celebrarán a puerta cerrada. Los expedientes y toda la correspondencia del Comité tendrán carácter privado y se mantendrán bajo la custodia de su Secretario.
- G.27 No obstante lo dispuesto en los párrafos G.21 a G.26, en casos excepcionales, el Presidente podrá, si lo considera necesario y por conducto de la Secretaría, remitir propuestas por correo electrónico para que los miembros con derecho a voto las aprueben en un plazo de tiempo determinado. Si algún miembro con derecho a voto se opone a la adopción de cualquiera de esas propuestas en el plazo establecido, esa propuesta se considerará como no adoptada por el SHI/GOC y, si el Presidente lo considera oportuno, se remitirá a una reunión del SHI/GOC que se celebrará de modo virtual o presencial con arreglo a los párrafos anteriores para su consideración, tras lo cual se distribuirá por correo electrónico una versión revisada. Si los miembros con derecho a voto no presentan ninguna reserva por correo electrónico en el plazo establecido, la propuesta será considerada como válidamente adoptada por el SHI/GOC. El Presidente, a través de la Secretaría, informará al respecto a los miembros del SHI/GOC, y la fecha de esa comunicación se considerará como la fecha de la adopción de la propuesta.

Secretaría

- G.28 Las actas de las reuniones del Comité serán preparadas por la Secretaría, en inglés. Se distribuirá con la mayor brevedad posible un borrador inicial a todos los miembros y asesores del Comité, quienes harán llegar sus observaciones y propuestas de adición o modificación a la Secretaría en las dos semanas siguientes a la recepción del borrador. La Secretaría tendrá en cuenta esas observaciones y propuestas de adición o modificación en la preparación de la versión final de las actas, que será examinada y firmada por el Presidente en nombre del Comité.
- G.29 La Secretaría remitirá las actas finales aprobadas de las reuniones del Comité, incluidas todas las recomendaciones en ellas adoptadas, al Director General, destacando cualquier asunto de interés y, en su caso, las medidas propuestas al respecto. Ese resumen se le hará llegar en cuanto sea posible, generalmente en el mes siguiente a la celebración de la reunión del Comité.

Consideraciones generales

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

SHI/GSC

Presidente, Presidente suplente y miembros del Comité

- G.31 El Director General designará un Presidente y un Presidente suplente de entre los integrantes del SHI/GSC, de acuerdo con lo recomendado por los otros miembros del Comité.
- G.32 En la medida de lo posible, el Presidente y el Presidente suplente provendrán de grupos diferentes.
- G.33 El mandato del Presidente y del Presidente suplente normalmente tendrá una duración de dos años.

Funcionamiento del SHI/GSC

- G.34 Para formar quórum en el Comité, se requiere la presencia (en persona o por teleconferencia o videoconferencia) de siete miembros, al menos dos de cada grupo, y del Presidente o el Presidente suplente.
- G.35 La Secretaría facilitará a los miembros antes de cada reunión una propuesta de orden del día, junto con la documentación de base pertinente.
- G.36 El Comité adoptará sus recomendaciones por consenso siempre que sea posible. En caso de que no se pueda lograr el consenso, se procederá a una votación, con sujeción a lo que sigue:
- G.36.1 toda decisión relativa a una recomendación será adoptada por mayoría de los miembros presentes y votantes¹² que asistan a la reunión;

¹² Por «miembros presentes y votantes» se entiende los miembros que hayan emitido un voto a favor o en contra.

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

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

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

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

Reuniones del SHI/GSC

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

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

Secretaría

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

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

PARTE H: APELACIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

Apelaciones

- H.1 Se ha establecido en la Sede un Comité Médico de Revisión cuyo cometido es recibir y examinar las reclamaciones de los cotizantes que consideren que sus solicitudes de reembolso no se han liquidado de conformidad con los presentes Estatutos en lo que respecta a los aspectos médicos. Esas reclamaciones deberán haber sido examinadas primero por el oficial del Seguro en la Sede y el SHI/GSC deberá haber adoptado una decisión sobre la interpretación de estos Estatutos. El Comité Médico de Revisión informará de la cuestión al Director General, que será quien adopte la decisión definitiva. No obstante, un funcionario o exfuncionario o un cónyuge o familiar a cargo sobreviviente podrá impugnar la decisión del Director General ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto del Tribunal.
- H.2 El Comité Médico de Revisión estará integrado por un miembro titular y un suplente designados por el Director General, un miembro titular y un suplente nombrados por el Comité del Personal de la Sede y un Presidente y un Presidente suplente designados por el Director General por recomendación de los demás miembros del Comité. Todos los miembros deberán ser médicos, y el miembro titular y el suplente que designe el Director General deberán haber trabajado en una oficina regional o en un proyecto sobre el terreno. El mandato de los miembros del Comité será de dos años. El Director General designará a un oficial del Seguro para que desempeñe las funciones de secretario del Comité.
- H.3 El Comité Médico de Revisión establecerá su propio reglamento interior y podrá recabar el asesoramiento que necesite de cualquier fuente. Los gastos que ocasionen las consultas del Comité correrán a cargo del Seguro.
- H.4 Las reclamaciones que se presenten al Comité Médico de Revisión deberán dirigirse por escrito al Presidente del Comité Médico de Revisión, por conducto del oficial del Seguro en la sede de la Organización (Ginebra), en un sobre con la indicación «Confidencial». Las reclamaciones deberán presentarse en un plazo de tres meses a partir de la fecha de notificación de la decisión impugnada del SHI/GSC, e ir acompañadas de cualquier prueba pertinente. El reclamante también deberá informar al oficial del Seguro de que ha presentado una reclamación.
- H.5 Las reclamaciones de índole administrativa relacionadas con decisiones del SHI/GSC sobre la liquidación de una solicitud de reembolso podrán ser remitidas al Director General en un plazo máximo de 60 días a partir de la fecha de notificación. En tales casos, el SHI/GSC deberá haber dado su opinión sobre la interpretación de estos Estatutos. La decisión del Director General será definitiva. No obstante, un funcionario o exfuncionario o un cónyuge o familiar a cargo sobreviviente podrá impugnar la decisión del Director General ante el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto del Tribunal.

FRAUDE E INFRACCIÓN DE LOS ESTATUTOS DEL SEGURO

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

otra acción conforme al Reglamento y las políticas del personal de la OMS y los presentes Estatutos.

- H.7 Si se confirma que ha habido fraude o un intento de fraude, el cotizante en cuestión quedará excluido de la afiliación al Seguro. Sus familiares asegurados también quedarán automáticamente excluidos. La exclusión se hará efectiva a partir de la fecha de su notificación al cotizante en cuestión o, en el caso de los funcionarios en activo que sean destituidos o destituidos sumariamente por una falta de conducta, a partir de la fecha efectiva de la destitución o destitución sumaria del funcionario en cuestión.
- H.7.1 En el caso excepcional en el que se confirme que ha habido fraude o intento de fraude pero que el funcionario en activo en cuestión no sea destituido o destituido sumariamente por una falta de conducta, la exclusión automática de la afiliación al Seguro no se aplicará.
- H.7.2 Si se confirma que ha habido fraude o un intento de fraude por parte de un familiar afiliado al Seguro, dicho familiar quedará excluido de la afiliación al Seguro, independientemente de si el cotizante ha sido excluido o no. La exclusión se hará efectiva a partir de la fecha de su notificación al cotizante.
- H.8 Cualquier apelación de una decisión a que se hace referencia en los párrafos H.7 y H.7.2 deberá ser presentada por escrito por el cotizante al SHI/GSC en un plazo de dos meses a partir de la fecha de notificación de la decisión. El SHI/GSC informará al Director General, quien tomará la decisión final. El cotizante en cuestión podrá someter la decisión del Director General al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo, de conformidad con las disposiciones del Estatuto del Tribunal.

EMBARGO DE LOS REEMBOLSOS

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

DISOLUCIÓN

- H.11 Las propuestas de cancelación del Seguro deberán ser aprobadas primero por el SHI/GOC, previa consulta con el SHI/GSC, y remitirse al Director General para que este las refrende; a continuación serán sometidas a referéndum entre todo el personal de la Organización.
- H.12 Si se decide cancelar el Seguro, el SHI/GOC deberá, en primer lugar, adoptar las medidas necesarias para salvaguardar el derecho de los exfuncionarios a conservar su cobertura, lo que incluye la transferencia de los fondos de reserva constituidos a tal fin. Seguidamente, el Comité presentará al Director General y al personal propuestas para la liquidación de los activos restantes, teniendo especialmente en cuenta los derechos de los funcionarios con más años de afiliación.

ANEXO 1: RESPONSABILIDADES

1. Corresponde a los cotizantes velar por que:

- a) están familiarizados con los Estatutos del Seguro de Enfermedad del Personal y los procesos conexos del Seguro;
- b) sus familiares se inscriban como afiliados al Seguro cuando corresponde y su afiliación se dé de baja tan pronto como ya no sea pertinente o los familiares ya no reúnan las condiciones;
- c) las tarjetas del Seguro se guarden en un lugar seguro y sean utilizadas únicamente por las personas para las que se hayan expedido;
- d) las solicitudes de reembolso se presenten dentro del plazo de 12 meses;
- e) el formulario de aviso de reembolso del Seguro refleje que se han procesado correctamente las solicitudes de reembolso y se ha recibido el reembolso correcto;
- f) su parte de los gastos médicos de una factura presentada para pago directo sea abonada sin demora;
- g) sus datos de contacto y datos bancarios estén actualizados en el sistema de planificación de los recursos institucionales para los funcionarios pertinente;
- h) se comunique rápidamente al Seguro cualquier cambio en la situación familiar, los datos de contacto o los datos bancarios de los exfuncionarios o de sus familiares sobrevivientes;
- i) los exfuncionarios o sus familiares sobrevivientes verifiquen que sus cotizaciones al Seguro se deducen periódicamente de su prestación mensual de la CCPNU;
- j) de acuerdo con las reglas que cubren el tratamiento médico en los Estados Unidos, elijan un proveedor de atención médica que está «dentro de la red»;
- k) tanto ellos como sus familiares afiliados al Seguro entiendan plenamente las consecuencias del fraude;
- l) se comporten de acuerdo con el Código de Ética de la OMS al tratar asuntos relacionados con el Seguro.

2. Corresponde al Seguro velar por que:

- a) se comunique a los cotizantes cualquier cambio en los Estatutos o en los procesos del Seguro;
- b) se dé respuesta rápidamente a las preguntas de los afiliados;
- c) las solicitudes de reembolso y las facturas presentadas para el pago directo se tramiten y paguen con la menor demora posible;
- d) todos los afiliados al Seguro reciban el mismo trato equitativo y respetuoso.

