

CAJA DEL SEGURO DE SALUD DEL PERSONAL

Enmiendas a los Estatutos y Reglamento Administrativo de la Caja del Seguro de Salud del Personal

Enmiendas a los Estatutos

- Artículo 1.6 («Personas a cargo protegidas voluntariamente»)
- Artículo 2.10 *bis* («Acuerdos entre la Caja y los proveedores de servicios»)
- Artículo 3.5 («Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente»)
- Artículo 5.2 («Formularios y autorizaciones»)
- Artículo 5.4 («Entrada en vigor de los Estatutos»)

Enmiendas al Anexo I: Baremo de Prestaciones:

- Código 1.1 («Honorarios médicos»)
- Código 1.3 («Imágenes médicas»)
- Código 1.5 («Tratamientos de rehabilitación funcional»)
- Código 1.6 («Servicios de ~~atención médica en enfermería a domicilio para pacientes externos con relativos a~~ enfermedades agudas»)
- Código 2 («~~Estadías en establecimientos hospitalarios y de otra índole~~Atención en establecimientos de salud y a largo plazo»)
- Código 2.1 («~~Estadías en un establecimiento público por las que se presenta una factura global por el cuarto y la atención médica~~Gastos de hospitalización en un establecimiento hospitalario, en sala común»)
- Código 2.2 («Gastos de estadía en un ~~hospital o clínica~~establecimiento hospitalario, en una habitación que no sea una sala común»)
- Código 2.3 («~~Gastos de estadía en un establecimiento de~~Convalecencia/tratamiento postoperatorio»)
- Código 2.4 («Curas ~~termales~~»)
- Código 2.5 («~~Servicios de enfermería a largo plazo en un establecimiento~~Estadía en un establecimiento de atención medicalizada»)
- Código 2.6 («Servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio»)
- Código 2.7 («Atención médica en establecimientos cubierta por los códigos 2.2, y 2.3 ~~y 2.4, o vinculada a una~~ hospitalización domiciliaria»)
- Código 3 («Medicamentos prescritos»)
- Código 4 («Atención odontológica»)
- Código 5 («Prótesis, y aparatos ~~y otros dispositivos~~ médicos»)
- Código 5.1 («Aparatos ópticos»)
- Código 5.2 («Aparatos ~~acústicos~~auditivos»)
- Código 5.3 («Aparatos de prótesis (Excepto dentaduras postizas.)»)
- Código 5.4 («Sillas de ruedas y aparatos parecidos»)
- Código 5.5 («Otros aparatos»)
- Código 6.1 («~~Transporte~~ en caso de emergencia»)
- Código 6.2 («~~Transporte~~ en caso de hospitalización ~~o de tratamiento ambulatorio~~»)
- Código 6.3 («~~Otros gastos de desplazamiento por razones médicas~~ transporte con fines médicos»)
- Código 8 («~~Otros gastos médicos~~Prevención»)
- Código 8.1 («Exámenes preventivos, ~~vacunas~~ tratamientos preventivos y pruebas de detección»)
- Código 8.2 («Vacunas»)
- Código 8.3 («Contracepción»)
- Código 9 («Medicinas alternativas»)
- Código 10 («Reproducción asistida»)

Enmiendas al Reglamento Administrativo:

- Artículo 3.5 («Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente»)
- Artículo 5.2 («Formularios y autorizaciones»)
- Código 1.5 («Tratamientos de rehabilitación funcional»)
- Código 1.6 («Servicios de ~~atención médica en enfermería a domicilio para pacientes externos con relativos a~~ enfermedades agudas»)
- Código 1.7 («Psiquiatría, psicoanálisis o psicoterapia»)
- Código 2.2 («Gastos de estadía en un ~~hospital o clínica~~establecimiento hospitalario, en una habitación que no sea una sala común»)
- Código 2.3 («~~Gastos de estadía en un establecimiento de~~Convalecencia/tratamiento postoperatorio»)
- Código 2.4 («Curas ~~termales~~»)
- Código 2.5 («~~Servicios de enfermería a largo plazo~~Estadía en un establecimiento de atención medicalizada»)
- Código 2.6 («Servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio»)
- Código 3 («Medicamentos prescritos»)
- Código 4 («Atención odontológica»)
- Código 5.2 («Aparatos auditivos»)
- Código 6.1 («Transporte en caso de emergencia»)
- Código 6.2 («Transporte en caso de hospitalización ~~o de tratamiento ambulatorio~~»)
- Código 6.3 («~~Otros gastos de desplazamientos por razones médicas~~ transporte con fines médicos»)
- Código 7 («Gastos de sepelio»)
- Código 8.1 («Exámenes preventivos, ~~y vacunas~~ tratamientos preventivos y pruebas de detección»)
- Código 8.2 («Vacunas»)
- Código 9 («Medicinas alternativas»)
- Código 10 («Reproducción asistida»)

Propósito de la Circular

1. El propósito de la presente circular es notificar a las personas aseguradas por la Caja del Seguro de Salud del Personal de la OIT (en adelante, la Caja) las enmiendas propuestas a los Estatutos de la Caja en aplicación del artículo 4.17 («Enmiendas»), e informarles de las enmiendas al anexo I («Baremo de Prestaciones») y al Reglamento Administrativo.
2. El Comité de Administración de la Caja aprobó estas propuestas de enmiendas en sus 243.^a y 244.^a reuniones, celebradas el 23 de octubre y el 5 de diciembre de 2017 respectivamente. La fecha propuesta para la entrada en vigor de estas enmiendas es el 1.º de julio de 2018.
3. A continuación se ofrece una explicación detallada de diversas enmiendas propuestas en esta Circular, y al final de la misma figuran todas las enmiendas con «control de cambios».

Propósito de las enmiendas

4. Las enmiendas propuestas a los Estatutos de la Caja, al anexo I («Baremo de Prestaciones») y al Reglamento Administrativo, que competen al Comité de Administración, tienen por objeto aclarar ciertos procedimientos administrativos, modificar el método de cálculo de las cotizaciones en el caso de los hijos a cargo protegidos voluntariamente, introducir ajustes en algunas prestaciones, reforzar las medidas preventivas y reembolsar ciertos tratamientos médicos alternativos.

Contexto y medidas

5. El Comité de Administración creó un grupo de trabajo sobre la revisión de los Estatutos y del Reglamento Administrativo, con objeto de que le presentara una serie de propuestas de enmienda. Uno de sus principales cometidos era determinar qué códigos de reembolso de la Caja planteaban problemas de interpretación, a fin de aclarar las normas de reembolso de la Caja y facilitar los pagos.
6. El grupo estuvo formado por miembros del Comité en representación de los asegurados y la administración, por el Asesor Médico y por la Secretaría de la Caja; y mantuvo informado al Comité de Administración acerca del avance de sus trabajos. En su 243.^a reunión, celebrada el 23 de octubre de 2017, el Comité aprobó las enmiendas propuestas por el grupo de trabajo.

Enmiendas a los Estatutos para adaptar los procedimientos administrativos

7. La Caja efectúa cada vez más pagos directos a los proveedores de servicios de salud, especialmente en casos de hospitalización. A fin de reflejar la práctica actual, se había vuelto necesario modificar el artículo 2.10 *bis* de los Estatutos, lo cual permite ofrecer mejores servicios a los asegurados y constituye una garantía de seguridad para la Caja.
8. La Caja tiene previsto crear un acceso personalizado a una página web segura, a través de la cual los asegurados podrán, entre otras cosas, presentar sus solicitudes de reembolso en línea. El objetivo de la enmienda al artículo 5.2 es aclarar los procedimientos de solicitud de reembolso.

Personas a cargo protegidas voluntariamente

9. Con objeto de no entorpecer la movilidad de los funcionarios, esta enmienda les permitirá concretamente asegurar de manera voluntaria a las personas citadas en los apartados *a)*, *b)* y *c)*, del párrafo 1 del artículo 1.6 cuando se trasladen a un nuevo lugar de destino.

Cotizaciones en el caso de los hijos a cargo protegidos voluntariamente por asegurados de baja remuneración

10. Unos 200 hijos a cargo están asegurados voluntariamente en la Caja. Este grupo genera unos resultados financieros muy positivos. Sin embargo, la cotización mensual actual de 260 dólares de los Estados Unidos puede suponer más del 10 por ciento de la remuneración de algunos funcionarios empleados en oficinas exteriores, por lo que quien recurre principalmente a esta opción son funcionarios en activo o jubilados cuya remuneración les permite pagar esa cuantía, es decir, en su mayoría, de la sede.
11. El Comité de Administración estimó que ello no era equitativo y propuso que la cotización en el caso de los hijos a cargo protegidos voluntariamente fuese igual al 3,55 por ciento de la remuneración (es decir, la misma tasa — y, por tanto, la misma cotización — que para los funcionarios), con un límite máximo equivalente a la cuantía de la cotización actual de 260 dólares de los Estados Unidos. Este nuevo método de cálculo apenas variará la cuantía de la cotización de los hijos a cargo protegidos voluntariamente que ya están asegurados, pero permitirá que otras personas aseguradas por la Caja, sobre todo en las oficinas exteriores, aseguren a sus hijos a un costo razonable, sin dañar la situación financiera de la Caja.

Enmiendas relacionadas con las prestaciones

12. Las enmiendas relacionadas con las prestaciones pueden agruparse en varias categorías en función de su finalidad: algunas de ellas tienen por objeto integrar en los Estatutos las decisiones del Subcomité Permanente de la Caja, otras tienen por objeto introducir ajustes en las prestaciones, y otras se presentan para ampliar las primeras medidas de prevención que se establecieron en 2016. Asimismo, algunas enmiendas sirven principalmente para proporcionar aclaraciones sobre los procedimientos administrativos.

Enmiendas que integran decisiones del Subcomité Permanente en los Estatutos

13. Ante el incremento de las solicitudes de reembolso de tratamientos vinculados a la psiquiatría y a la psicoterapia, el Subcomité ha tenido que adoptar con frecuencia medidas excepcionales cuando se ha superado el número máximo de sesiones o el umbral máximo de gastos aprobados en el período estipulado, de conformidad con el código 1.7 del Reglamento Administrativo. En la nueva formulación de este código se propone un número de sesiones por año civil, y no ya por períodos de tres años civiles, con el fin de mejorar la cobertura y, al mismo tiempo, facilitar la gestión administrativa de las solicitudes de reembolso.
14. Habida cuenta de que el Subcomité también ha tenido que pronunciarse con frecuencia en casos de reproducción asistida, el Comité de Administración ha decidido introducir, en el marco de un nuevo código (a saber, el código 10), un límite de 30 000 dólares de los Estados Unidos para los gastos máximos aprobados por persona protegida y para la totalidad del o de los períodos de afiliación, a semejanza de lo dispuesto en los seguros de salud de otras organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Enmiendas que introducen ajustes en las prestaciones

15. El objetivo de estas enmiendas es introducir algunos ajustes en los gastos máximos aprobados de referencia en vigor, por ejemplo, con respecto a las sesiones de rehabilitación funcional (código 1.5), que pasarían de 85 a 100 dólares de los Estados Unidos por sesión; los gastos por convalecencia/tratamiento postoperatorio (código 2.3), que pasarían de 170 a 200 dólares de los Estados Unidos por día, o los gastos de sepelio (código 7), que pasarían de 500 a 750 dólares de los Estados Unidos. Estos ajustes se han revelado necesarios, habida cuenta de los costos actuales en algunos países.
16. La limitación a 45 días por persona protegida y por año civil para los gastos de hospitalización o de convalecencia (códigos 2.1, 2.2 y 2.3) pasaría a treinta días. Para períodos superiores, seguiría siendo necesaria la aprobación del Asesor Médico. Ello permitirá mejorar el seguimiento de los asegurados hospitalizados y adoptar el modelo de treinta días que se aplica en numerosos países, especialmente en Suiza, donde se producen la mayoría de las hospitalizaciones.

17. La creación de un código 9 («Medicinas alternativas») permitirá cubrir nuevos tratamientos (a saber, la medicina ayurvédica y la medicina tradicional china) y simplificará la gestión de ciertos tratamientos que hasta ahora cubría el código 1.5 («Tratamientos de rehabilitación funcional»), como la acupuntura, la mesoterapia, la quiropráctica o la osteopatía, pero para los que en ocasiones resultaba difícil obtener una prescripción médica y determinar los terapeutas autorizados para proporcionar dichos tratamientos. Los gastos máximos aprobados para este nuevo código se han fijado en 1 200 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y por año civil.

Enmiendas que amplían la política de prevención de la Caja

18. Tras el establecimiento de las primeras medidas en 2016 y con el pleno convencimiento de que éstas permitirán, en última instancia, realizar algunos ahorros, redundando al mismo tiempo en beneficio de la salud de las personas protegidas, el Comité de Administración desea ampliar la política de prevención de la Caja, así como la gama de vacunas, exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección reembolsables en su totalidad, con arreglo a las recomendaciones de la OMS.
19. En consecuencia, se han modificado algunos códigos (en particular, los códigos 8 y 8.1) y se ha creado uno nuevo (el código 8.2), con objeto de especificar los distintos tipos de medidas preventivas. La gama de vacunas reembolsables en su totalidad se ampliará e incluirá las más importantes (una veintena en total). También se añadirán nuevas medidas de prevención, que se reembolsarán en su totalidad (la limpieza dental, las pruebas de detección del VIH y de las hepatitis B y C y la prueba de detección prenatal).
20. Las píldoras anticonceptivas y otros métodos anticonceptivos serán reembolsables al 80 por ciento, a través de un nuevo código (el código 8.3).

Enmiendas que proporcionan aclaraciones administrativas o introducen cambios menores

21. Otras enmiendas al anexo I («Baremo de Prestaciones») y al Reglamento Administrativo de la Caja, introducidas en los siguientes códigos, sólo tienen por objeto proporcionar aclaraciones administrativas o introducir cambios menores:

código 1.1, código 1.3, código 1.6, código 2, código 2.1, código 2.2, código 2.4, código 2.5, código 2.6, código 2.7, código 3, código 4, código 5, código 5.1, código 5.2, código 5.3, código 5.4, código 5.5, código 6.1, código 6.2 y código 6.3.

Procedimiento

22. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 4.17 de los Estatutos de la Caja:

Las enmiendas aprobadas por el Comité de Administración se notificarán a los asegurados. Si en las tres semanas que siguen a esta notificación, el Comité de Administración recibe una solicitud escrita al respecto, de 200 asegurados, este Comité debe someter, por escrito, la enmienda propuesta a votación de los asegurados. Si más de los dos tercios de los votos emitidos son contrarios a la enmienda propuesta y si por lo menos un 30 por ciento de todos los asegurados han votado, la enmienda no entrará en vigor.

Florian Léger
Secretario Ejecutivo
Caja del Seguro
de Salud del Personal

4 de mayo de 2018

Estatutos de la Caja

(Nota: el texto subrayado en rojo indica las adiciones o modificaciones, mientras que el texto tachado en rojo indica las supresiones.)

ARTÍCULO 1.6

Personas a cargo protegidas voluntariamente

1. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2, las siguientes personas a cargo podrán, si no cumplen las condiciones requeridas para gozar de la cobertura automática prevista en el artículo 1.5, estar aseguradas voluntariamente como personas protegidas, por períodos de un año, renovables:

- a) el cónyuge del asegurado;
- b) los hijos del asegurado, menores de 30 años de edad, solteros y sin empleo regular a tiempo completo, y
- c) los padres y los padres políticos del asegurado, previa presentación de pruebas adecuadas de que el asegurado contribuye a su sostenimiento de manera continua, de acuerdo con los criterios aplicados en virtud de las disposiciones del Estatuto del Personal aplicables a las personas a cargo secundarias.

2. Sólo se aceptarán solicitudes de cobertura de las personas mencionadas en el párrafo 1 si las presenta por escrito la persona asegurada en un plazo de ~~tres-seis~~ meses a partir de la fecha de su afiliación a la Caja, o a partir del primer día en que el solicitante cumple las condiciones para gozar de protección voluntaria o en caso de traslado del funcionario a un nuevo lugar de destino, si una de esas fechas fuera posterior. ~~En el último caso~~ Asimismo, sólo se aceptarán las solicitudes de cobertura de las personas mencionadas en ~~el~~ párrafo 1, c), si la persona interesada tiene menos de 70 años y se ha trasladado al lugar de destino del asegurado en los últimos ~~tres-seis~~ meses.

3. Si la cobertura se interrumpe, sólo podrá reanudarse si el Comité de Administración de la Caja considera que la interrupción fue decidida de buena fe y por razones válidas.

4. En caso de fallecimiento de un asegurado, ~~la esposa~~ el cónyuge, los hijos, los padres o los padres políticos que, en la fecha del fallecimiento, estaban protegidos voluntariamente en razón del presente artículo, podrán afiliarse voluntariamente a partir de dicha fecha a reserva de las condiciones siguientes:

- a) en la fecha del fallecimiento, deberán llevar protegidos no menos de un año;
- b) un hijo sólo podrá estar asegurado si no existe cónyuge sobreviviente, y continuará asegurado sólo mientras se sigan cumpliendo las disposiciones del párrafo 1, b) de este artículo;
- c) la solicitud de afiliación deberá presentarse dentro de los tres meses que siguen a la fecha del fallecimiento;
- d) el artículo 1.5 y el párrafo 1 del presente artículo no se aplicarán a estos asegurados;
- e) pagarán cotizaciones por las personas a cargo protegidas voluntariamente según la tarifa prevista en el artículo 3.5, y
- f) para todos los demás efectos, tendrán los mismos derechos y obligaciones que las personas aseguradas de conformidad con el artículo 1.3.

5. En caso de divorcio, el cónyuge que estaba protegido automáticamente en virtud del artículo 1.5 o voluntariamente en virtud del presente artículo en el momento del divorcio podrá seguir estando protegido a partir de dicha fecha, siempre que estuviera protegido durante un período mínimo de un año y solicitara dicho seguro en los tres meses que siguen a la fecha del divorcio. Dicho seguro estará sujeto a las condiciones especificadas en los párrafos 4, d), e) y f), del presente artículo.

ARTÍCULO 2.10 BIS

Acuerdos entre la Caja y los proveedores de servicios

1. La Caja podrá concertar acuerdos con los proveedores de servicios con el fin de desarrollar los medios que periódicamente resulten convenientes para la gestión adecuada de la Caja y la prestación inmediata de servicios. Dichos acuerdos podrán incluir acuerdos destinados a garantizar las facturas y/o a realizar los pagos de las sumas garantizadas directamente a los proveedores o a grupos de proveedores de servicios.

2. Cuando se logren acuerdos para pagar las prestaciones directamente a los proveedores, se deberán aplicar las condiciones siguientes:

- a) la Caja deberá pagar directamente al proveedor las facturas que presente el proveedor a la Caja, ~~cuando el asegurado haya certificado por escrito que ha recibido los servicios que cubre la factura;~~
- b) si el asegurado es un funcionario en servicio, la Organización que emplea al asegurado deberá pagar a la Caja el porcentaje de la factura que corresponda al asegurado y deducirlo de su salario, y
- c) los demás asegurados deberán volver a pagar a la Caja la parte de la factura que les corresponda; si no lo hacen durante el mes siguiente a haberlo solicitado, la Caja podrá deducir de las prestaciones pagaderas la cantidad devengada o tomar las medidas adecuadas.

ARTÍCULO 3.5

Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente

Las cotizaciones en el caso de las personas a cargo, protegidas voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6, serán ~~globales. El~~ ~~fijadas por el~~ Comité de Administración ~~fijará su importe,~~ si fuera el caso, por grupos; de tal manera que las sumas percibidas por la Caja en razón de esta categoría de personas protegidas basten para cubrir las prestaciones que les corresponden a lo largo del tiempo.

Reglamento Administrativo de la Caja

(Nota: el texto subrayado en rojo indica las adiciones o modificaciones, mientras que el texto tachado en rojo indica las supresiones.)

ARTÍCULO 3.5

(Cotizaciones en el caso de las personas a cargo protegidas voluntariamente)

Tasa de las cotizaciones (en dólares de los Estados Unidos)

Categoría	Cotización mensual al 1.º de octubre<u>julio</u> de 20180
Hijos menores de 30 años de edad	<u>3,55% de la remuneración, sujeto a un máximo de</u> 260,00
Cónyuges	650,00
Padres y padres políticos	1 400,00

ARTÍCULO 5.2

Formularios y autorizaciones

1. Las personas aseguradas deberán presentar sus solicitudes de prestaciones por medio del formulario 937 de la OIT, «Solicitud de ~~R~~ reembolso», y cumplir las condiciones allí estipuladas, o a través de su acceso personalizado a la página web segura de la Caja.

2. Las solicitudes de reembolso presentadas por medio del formulario 937 de la OIT deberán ir acompañadas de las facturas originales y demás documentos justificativos, y cumplir los requisitos estipulados en dicho formulario.

3. Las solicitudes de reembolso presentadas a través del acceso personalizado a la página web segura de la Caja deberán ir acompañadas de copias electrónicas de las facturas originales y demás documentos justificativos, y cumplir los requisitos estipulados en dicha página web. El asegurado deberá conservar las facturas originales y demás documentos justificativos durante un período de cinco años a partir de la fecha de reembolso, y estará obligado a presentarlos a la Caja si así se lo solicita, ya sea a efectos administrativos o de comprobación.

Enmiendas a los Estatutos

Anexo I Baremo de Prestaciones

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
1.	ATENCIÓN PROFESIONAL ¹				
1.1.	HONORARIOS MÉDICOS ²	80%	Sí		
	<p><u>CONSULTAS</u> médicas ambulatorias (médico general o especialista) <u>o en un centro hospitalario/clínico.</u></p> <p><u>VISITAS</u> médicas domiciliarias o en un establecimiento.</p> <p>TRATAMIENTOS aplicados por un médico.</p> <p><u>VISITAS</u> médicas domiciliarias o en un establecimiento.</p> <p><u>CONSULTAS</u> con un dietista.</p>			<p>Tratamiento especificado en el código 1.7.</p> <p>Tratamientos con fines estéticos.</p> <p><u>Tratamientos especificados en el código 1.7.</u></p>	<p>El tratamiento de adelgazamiento se reembolsará si lo prescribe un médico y si se aplica en un establecimiento reconocido sólo para los casos de obesidad grave (IMC > 30) y para los trastornos metabólicos graves. El pago de las prestaciones se realizará previa verificación del Asesor Médico de conformidad con las condiciones anteriores.</p> <p><u>Prevía prescripción médica y sujeto a aprobación del Asesor Médico.</u></p> <p><u>Tratamientos reembolsables en caso de obesidad (índice de masa corporal >30), anorexia o trastornos metabólicos, siempre que los prescriba un médico y se practiquen en un establecimiento reconocido, según corresponda.</u></p>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
1.2.	OPERACIONES QUIRÚRGICAS Incluidos los servicios de los cirujanos y anestesistas.	80%	Sí	La cirugía plástica realizada con fines estéticos, con la excepción de los casos resultantes de traumatismos graves, neoplasia o infección. Una proporción correspondiente a los gastos de cirugía realizada en parte con fines estéticos no da derecho a prestaciones; para dichos casos se requiere la aprobación previa del Asesor Médico, quien determina la parte no reembolsable. La cirugía con fines estéticos se define como la cirugía que tiene por objeto mejorar desfiguraciones físicas que, en sí mismas, no suponen un peligro para la vida o la salud, ni afectan a ninguna función del organismo.	
1.3.	IMÁGENES MÉDICAS (Radiografías por rayos X, imágenes mediante resonancia magnética, tomografías axiales computarizadas, mamografías, etc.) . Realizadas o prescritas por un médico (o radiografías por rayos X realizadas o prescritas por un dentista).	80%	Sí		
1.4.	SERVICIOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS Realizadas o prescritas por un médico.	80%	Si		
1.5.	TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL Prescritos por un médico y proporcionados por una persona autorizada para hacerlo en el país de que se trate un terapeuta que posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer.	80%	Sí	Tratamientos realizados por personal no calificado un terapeuta que no posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer.	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de tratamientos reembolsables. <u>Sujeto a una prescripción previa al inicio del tratamiento.</u>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
1.6.	<p>SERVICIOS DE CUIDADOS MÉDICOS ENFERMERÍA A DOMICILIO PARA PACIENTES EXTERNOS CON RELATIVOS A ENFERMEDADES AGUDAS (Con exclusión del tratamiento especificado en el código 2.6.)</p> <p>Prescritos por un médico, <u>incluidas las prestaciones de auxiliares sanitarios, cuidadores y comadronas.</u></p>	80%	Sí	Cuidados no médicos, tales como tareas de limpieza domésticas , cocina, compras, asistencia familiar, etc. Cuidados proporcionados por personal no calificado, excepto si se proporcionan bajo <u>la supervisión médica habitual del médico a cargo.</u>	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
1.7.	<p>PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA</p> <p>Consultas con un psiquiatra y sesiones de psicoanálisis o psicoterapia dirigidas o prescritas por un médico.</p>	80%	Sí		Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
2.	<p>ESTADÍAS EN ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y DE OTRA ÍNDOLE ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y A LARGO PLAZO</p>			<p>Cirugía plástica u otros tratamientos con fines estéticos – mismas condiciones que las previstas en el código 1.2.</p> <p>Tratamiento antitabáquico- Tratamiento de adelgazamiento, excepto con la aprobación previa del Asesor Médico.</p>	
2.1.	<p>ESTADÍAS EN UN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO POR LAS QUE SE PRESENTA UNA FACTURA GLOBAL POR EL CUARTO Y LA ATENCIÓN MÉDICA GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, EN SALA COMÚN</p> <p><u>Estadías en una sala común (pública) en un hospital público e</u> Con fines de examen, diagnóstico o de tratamiento curativo.</p>	100%	No		<p>i) Sala común (pública) se define como UN cuarto en el que hay cinco camas o más, a reserva de lo dispuesto en el Reglamento Administrativo.</p> <p>ii) Sujeto a la condición de que el hospital presente una factura global que cubra todos los gastos (estadia, honorarios de los médicos, cirujanos y anestesiastas, gastos de la sala de operaciones, asistencia médica, medicamentos, laboratorio, etc.).</p> <p>Las prestaciones se limitan a <u>4530</u> días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que la estadía debe continuar por razones de tratamiento curativo y fija el número de días adicionales.</p>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
2.2.	<p>GASTOS DE ESTADÍA EN UN HOSPITAL O CLÍNICA ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, EN UNA HABITACIÓN QUE NO SEA UNA SALA COMÚN (Con exclusión de los casos previstos en los códigos 2.1, 2.3 y 2.5.)</p> <p>Estadía en un hospital o clínica reconocida con fines de examen, diagnóstico o tratamiento curativo.</p>	80%	Sí		<p>Sujeto a un máximo diario y a las condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.</p> <p>Las prestaciones se limitan a 45 30 días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que la estadía debe continuar con fines de tratamiento curativo y fija el número de días adicionales.</p> <p>Se pueden prescribir condiciones diferentes, incluidas condiciones relacionadas con las prestaciones y la duración máximas diarias, para las estadías en un hospital o clínica con fines de psicoterapia.</p>
2.3.	<p>GASTOS DE ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE CONVALECENCIA/TRATAMIENTO POSTOPERATORIO</p> <p>Estadía en un hospital, o una clínica o un establecimiento de convalecencia con fines de atención postoperatoria, incluida la reeducación cardiovascular o la convalecencia después de la hospitalización en virtud del código 2.1 ó 2.2.</p>	80%	Sí	Estadías en hoteles.	<p>Sujeto a un máximo diario prescrito en el Reglamento Administrativo.</p> <p>Las prestaciones se limitan a 45 30 días por persona protegida y por año civil, excepto si el Asesor Médico certifica que es necesario continuar con la convalecencia del tratamiento postoperatorio y fija el número de días adicionales.</p>
2.4.	<p>CURAS TERMALES Estadías <u>Tratamientos</u> <u>termales</u> prescritos por un médico <u>y dispensados</u> en un establecimiento <u>termal de convalecencia o reposo, o en una estación termal o climática para otras convalecencias o curas.</u></p>	80%	No	<p>Gastos de estadía,</p> <p><u>Talaso</u>terapia.</p> <p><u>Tratamiento ayurvédico.</u></p> <p><u>Ayuno terapéutico.</u></p> <p><u>Cura depurativa.</u></p> <p><u>Cura de rejuvenecimiento.</u></p>	<p>Sujeto a las condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.</p> <p>A reserva de la confirmación previa del Asesor Médico <u>de</u> que la cura forma parte del curso de tratamiento de una patología ya declarada.</p>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
2.5.	<p>SERVICIOS DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO EN UN ESTABLECIMIENTO ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MEDICALIZADA</p> <p>Estadías en un hospital, una clínica o en un establecimiento de convalecencia o reposo, una residencia para personas de edad, una unidad de cuidados puntuales o temporales o un centro de día, prescritas por un médico (con fines que no sean de tratamiento, examen o diagnóstico, ni tampoco de cura o convalecencia), principalmente para asegurar una atención a largo plazo que no puede facilitarse a domicilio.</p>	80%	Sí		Sujeto a un máximo diario y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
2.6.	<p>SERVICIOS DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO Y A DOMICILIO</p> <p>Un médico puede prescribir los códigos 2.5 y 2.6 Servicios de enfermería prescritos por un <u>médico</u>, con el fin de garantizar una atención para los casos crónicos o no curativos incurables, incluidas las prestaciones de <u>cuidadores y auxiliares y ayudantes sanitarios.</u></p>	80%	Sí	Cuidados no médicos, tales como tareas de limpieza domésticas, cocina, compras, asistencia familiar, etc. Cuidados proporcionados por personal no calificado, excepto si se proporcionan bajo <u>la supervisión médica habitual del médico a cargo.</u>	Sujeto a un máximo mensual y a condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
2.7.	<p>ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS CUBIERTA POR LOS CÓDIGOS 2.2, Y 2.3 y 2.4, O VINCULADA A UNA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA</p> <p>De conformidad con todas las condiciones aplicables al rubro de atención considerada bajo el código correspondiente del presente Baremo.</p>	80%	Si		

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
5.	PRÓTESIS, Y APARATOS Y OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS (Adquisición, alquiler y reparación.)				
5.1.	APARATOS ÓPTICOS (Incluidas las lentes de contacto.)	80%	Sí	Gafas de sol sin graduación. <u>Mantenimiento.</u> <u>Gastos de envío.</u> <u>Seguro.</u>	Sujeto a un máximo y a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
5.2.	APARATOS ACÚSTICOS AUDITIVOS (Incluido el mantenimiento)	80%	Sí	<u>Pilas.</u> <u>Gastos de envío.</u> <u>Seguro.</u>	Sujeto a un máximo prescrito en el Reglamento Administrativo.
5.3.	APARATOS DE PRÓTESIS (Excepto dentaduras postizas.) Prescritos por un médico, <u>incluido el mantenimiento.</u>	80%	Sí	<u>Gastos de envío.</u>	En caso de compra, previa <u>Sujeto a la</u> aprobación del <u>Comité de Administración por consejo</u> del Asesor Médico.
5.4.	SILLAS DE RUEDAS Y APARATOS PARECIDOS Prescritos por un médico, <u>incluidos el mantenimiento, la entrega y la instalación.</u>	80%	Sí		En caso de compra, previa <u>Sujeto a la</u> aprobación del <u>Comité de Administración por consejo</u> del Asesor Médico.
5.5.	OTROS APARATOS Prescritos por un médico, <u>incluidos el mantenimiento, la entrega y la instalación.</u>	80%	Sí	Gastos de adquisición, e de alquiler <u>o de reparación</u> de aparatos médicos auxiliares o de menor importancia (lámparas, sistemas de alarma, etc.).	En caso de compra, previa <u>Sujeto a la</u> aprobación del <u>Comité de Administración por consejo</u> del Asesor Médico.
6.	GASTOS DE TRANSPORTE				
6.1.	TRANSPORTE EN CASO DE EMERGENCIA	80%	Sí	Queda excluido el transporte en los casos siguientes: a) <u>transporte por conveniencia personal a un emplazamiento distinto del lugar de</u>	Una urgencia es una manifestación repentina e inesperada que requiere una intervención médica inmediata. <u>Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo.</u>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
	Transporte de la persona protegida en ambulancia terrestre o aérea desde el lugar de la emergencia hasta el lugar de tratamiento más cercano.			<p>tratamiento adecuado más cercano; condiciones médicas que se produzcan en el curso de viajes o estancias fuera del país de residencia principal de la persona protegida y que necesiten un transporte sanitario terrestre de larga distancia o un transporte sanitario aéreo cuando sea razonable esperar que la persona protegida haya suscrito un contrato de asistencia o un seguro de viaje para cubrir tales eventualidades;</p> <p>b) condiciones médicas que se produzcan por practicar una actividad deportiva o de esparcimiento considerada de riesgo; ;</p> <p>c) condiciones médicas que se produzcan por practicar una actividad deportiva o de esparcimiento, cuando sea razonable esperar que la persona protegida haya suscrito un seguro específico contra esas eventualidades;</p> <p>d) condición médica de que es víctima una persona jubilada después del 31 de diciembre de 2011 que no haya fijado su domicilio ni en su país de origen o el de su cónyuge ni en un país donde haya sido destinada en calidad de funcionaria de la OIT ni en un país vecino al lugar de destino tal y como se define en el Reglamento Administrativo, cuando el estado del paciente requiera un transporte sanitario terrestre de larga distancia o un transporte sanitario aéreo.</p>	<p>El transporte en ambulancia terrestre o aérea, según el caso, debe parecer el único medio de transporte adecuado en vista de la gravedad clínica y de las demás circunstancias de la urgencia.</p> <p>La determinación del lugar de tratamiento más próximo se deja al criterio del equipo médico encargado del transporte.</p>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
6.2	<u>TRANSPORTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O DE TRATAMIENTO AMBULATORIO</u>				
6.2.1.	Transporte de la persona protegida de un establecimiento hospitalario a otro o a un centro de convalecencia médica.	80%	Sí	Transporte por conveniencia personal y transporte no justificado desde el punto de vista médico para proseguir el tratamiento de la condición médica que provocó la hospitalización.	A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o aéreo o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.
6.2.2.	Transporte sanitario terrestre del lugar de hospitalización al lugar de residencia de la persona protegida.	80%	Sí	a) — Transporte por conveniencia personal y transporte no justificado desde el punto de vista médico. b) — Transporte de larga distancia tal y como se define en el Reglamento Administrativo.	A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o aéreo o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo. Prestación habitual realizada una sola vez por hospitalización, al país de ésta.
6.2.3.	Transporte de la persona protegida entre su <u>lugar de</u> residencia principal y el establecimiento hospitalario <u>un lugar de tratamiento</u> , a fin de proseguir el tratamiento de la condición médica que provocó la hospitalización.	80%	Sí	Transporte de larga distancia tal y como se define en el Reglamento Administrativo.	Transporte justificado desde el punto de vista médico al centro hospitalario en el que se haya recibido el primer tratamiento o al centro médico <u>lugar de tratamiento</u> más próximo del lugar de residencia principal de la persona protegida que ofrezca el tratamiento requerido . A reserva de la aprobación del Asesor Médico, abono de los gastos de transporte sanitario terrestre o de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.
6.2.4.	Transporte de la persona protegida entre su residencia principal y el lugar de tratamiento <u>o de prescripción del tratamiento</u> en caso de ciertos tratamientos de enfermedades o estados crónicos definidos en el Reglamento Administrativo.	80%	Sí		Abono de los gastos de transporte en taxi sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo. A reserva de la aprobación previa del Asesor Médico.

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
6.3.	<p><u>OTROS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO POR RAZONES MÉDICAS TRANSPORTE CON FINES MÉDICOS</u></p> <p>Desplazamientos con fines de atención médica previstos en los códigos 1.2, 2.1 y 2.2 de este Baremo, cuando no sea posible obtener la atención médica necesaria en el lugar de destino o área de residencia.</p>	80%	Sí	<p>a) Transporte debido a la evacuación sanitaria de la persona protegida, en la medida en que la organización que emplea a la persona asegurada o el empleador de la persona protegida asuma la evacuación sanitaria.</p> <p>b) Transporte en el lugar de destino o en el área de residencia, tal y como se define en el Reglamento Administrativo.</p> <p>c) Transporte de una persona jubilada después del 31 de diciembre de 2011 que no haya fijado domicilio ni en su país de origen o el de su cónyuge ni en un país donde haya sido destinada en calidad de funcionaria de la OIT ni en un país vecino al país de destino tal y como se define en el Reglamento Administrativo.</p>	A reserva de la aprobación previa del Asesor Médico y sujeto a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.
7.	<p>GASTOS DE SEPELIO (Incluidos los de incineración.)</p>	100%	No		Sujeto a un máximo fijado por el Reglamento Administrativo.
8.	<p><u>OTROS GASTOS MÉDICOS PREVENCIÓN</u></p>				
8.1	<p><u>EXÁMENES PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y PRUEBAS DE DETECCIÓN VACUNAS</u></p>	100%	No		Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de exámenes, tratamientos preventivos y pruebas de detección vacunas reembolsables.
<u>8.2</u>	<p><u>VACUNAS</u></p>	<u>100%</u>	<u>No</u>		<u>Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de vacunas reembolsables</u> <u>Sujeto a prescripción médica.</u>

Núm. de código	Gastos que dan derecho a prestaciones	Prestaciones		Gastos no reembolsables (véanse también los artículos 2.1 y 2.4)	Condiciones de calificación
		Ordinarias (artículo 2.2)	Adicionales (artículo 2.5)		
8.3	CONTRACEPCIÓN <u>Píldoras y otros dispositivos anticonceptivos</u>	80%	Sí	<u>Preservativos masculinos.</u> <u>Preservativos femeninos.</u>	<u>Sujeto a prescripción médica.</u>
9.	MEDICINAS ALTERNATIVAS <u>Tratamientos realizados por un terapeuta habilitado para ejercer en el país en que estos se dispensan.</u>	80%	No		<u>Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de tratamientos reembolsables.</u>
10.	REPRODUCCIÓN ASISTIDA <u>Estimulación ovárica, inseminación artificial y fecundación in vitro (FIV) con o sin inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), incluidos los correspondientes análisis de laboratorio</u>	80%	No	<u>Gestación subrogada.</u> <u>Gastos de transporte al lugar de tratamiento.</u>	<u>Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.</u>

Notas: ¹ General: Todas las prescripciones destinadas a la atención médica o a los medicamentos se deben realizar antes de la fecha de la prestación del servicio o de la compra. ² En virtud del artículo 2.1.3 del Reglamento, «por el término 'médico' se entenderá cualquier médico u odontólogo calificado y habilitado para ejercer en el país donde una persona protegida recurre a sus servicios profesionales para los distintos tipos de tratamiento médico mencionados en el Baremo de Prestaciones».

Enmiendas al Reglamento Administrativo

Anexo I (Baremo de Prestaciones)

CÓDIGO 1.5

(TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL)

1. a) Los gastos máximos aprobados se fijarán en ~~85~~100 dólares de los Estados Unidos por sesión (las prestaciones ordinarias se limitarán a ~~6880~~ dólares de los Estados Unidos por sesión). El número máximo de sesiones reembolsables será de ~~30 para cualquier enfermedad~~40 por persona protegida y año civil.

b) Podrá sobrepasarse el número de sesiones en caso de rehabilitación tras un accidente, una intervención quirúrgica importante, una enfermedad neuromuscular graves, una patología osteoarticular o en caso de discapacidad, cuando el Asesor Médico confirme la necesidad de sesiones adicionales y concrete su número.

c) Se requerirá una nueva prescripción cada doce meses en todos los casos.

2. No se pagará ninguna prestación por curas de menos de dos semanas o por más de una cura por año civil.

3. 2. Sólo los tratamientos que figuran a continuación son reembolsables:

— fisioterapia/kinesioterapia;

— kinesioterapia;

— quiropraxia;

— ortofonía/logopedia;

— grafoterapia;

— ortóptica/optometría;

— osteopatía;

— ergoterapia;

— psicomotricidad;

— drenaje linfático (si el sistema linfático está afectado);

— podología/pedicura por razones médicas.

— acupuntura y mesoterapia.

CÓDIGO 1.6

(SERVICIOS DE ~~CUIDADOS MÉDICOS ENFERMERÍA A DOMICILIO PARA PACIENTES EXTERNOS~~
~~CON RELATIVOS A~~ ENFERMEDADES AGUDAS)

Los gastos máximos aprobados se fijarán en ~~2.500~~ dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil (las prestaciones ordinarias se limitarán a ~~2.000~~ dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil), salvo que el Asesor Médico certifique que los servicios de enfermería siguen recibiendo por enfermedad aguda.

CÓDIGO 1.7

(PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA)

El máximo se fijará o bien en ~~6040~~ sesiones o bien en 6.0004 000 dólares de los Estados Unidos de gastos aprobados (~~4.8003 200~~ dólares de los Estados Unidos para las prestaciones ordinarias), lo que antes se complete, por persona y año civil en el periodo de tres años civiles.

Previa aprobación del Asesor Médico, el número máximo de sesiones o el umbral máximo de gastos aprobados pueden incrementarse hasta 20 sesiones adicionales o 2 000 dólares de los Estados Unidos adicionales de gastos aprobados por año civil (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 1 600 dólares de los Estados Unidos).

CÓDIGO 2.2

(GASTOS DE ESTADÍA EN UN ~~HOSPITAL O CLÍNICA~~ ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO,
~~EN UNA HABITACIÓN QUE NO SEA UNA SALA COMÚN~~)

1. Los gastos máximos aprobados y las prestaciones ordinarias máximas en concepto de estadía en un hospital o clínica con fines de tratamiento, examen o diagnóstico (reembolsable a la tasa de 80 por ciento en virtud del código 2.2)

corresponderán al costo de ~~segunda clase una~~ estadía en habitación semiprivada (dos pacientes o más por cuarto), con sujeción a los topes siguientes:

País	Aplicable a partir del 1.º de abril de 2004	
	Gastos máximos aprobados por día (dólares de los Estados Unidos)	Prestaciones ordinarias máximas por día (dólares de los Estados Unidos)
Canadá, Estados Unidos, Suiza	500,00	400,00
Todos los demás países	400,00	320,00

2.— Cuando el establecimiento elegido sólo tenga cuartos individuales, los gastos de estadía que se tomarán como base del reembolso corresponderán al 80 por ciento del costo de la habitación. se aplicarán las normas siguientes:

a) ~~en Europa, Canadá, Estados Unidos, Japón y Corea del Sur, a efectos de la fijación de los gastos máximos aprobados, el costo del cuarto de segunda clase corresponderá al 80 por ciento del costo del cuarto individual más barato;~~

~~3.2. b) — en todos los demás países, el costo del cuarto de segunda clase corresponderá al costo del cuarto individual más barato.~~ Cuando se haga una factura global, el gasto máximo aprobado de referencia corresponderá a los gastos de estadía y el saldo de la factura global a los servicios médicos. Se aplicarán, no obstante, las prestaciones ordinarias máximas establecidas en el párrafo 1 *supra*.

4.3. El gasto máximo aprobado de referencia a partir del 1 de julio de 2011 es de ~~550,00 USD~~ dólares de los Estados Unidos.

5.4. Cuando el gasto máximo aprobado de referencia sea superior a un tercio de la factura global por día, un tercio de la factura global corresponderá a los gastos de estadía y el saldo de la factura global a los servicios médicos. Se aplicarán, no obstante, las prestaciones ordinarias máximas establecidas en el párrafo 1 *supra*.

CÓDIGO 2.3

(GASTOS DE ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ~~C~~CONVALECENCIA/TRATAMIENTO POSTOPERATORIO)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en ~~170200~~ dólares de los Estados Unidos por día (la prestación ordinaria máxima será de ~~136160~~ dólares de los Estados Unidos por día).

2. Cuando se haga una factura global, un tercio de ésta corresponderá a los gastos de estadía y dos tercios a la atención médica.

CÓDIGO 2.4

(CURAS ~~TERMALES~~)

1. ~~No se pagará ninguna prestación por estadías para curas de menos de dos semanas.~~ Las prestaciones se limitarán a una única cura por año civil, cuya duración no podrá superar las tres semanas, de las cuales quince días como mínimo de tratamiento y a un máximo de catorce días por año civil.

CÓDIGOS 2.5 y 2.6

(ESTADÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MEDICALIZADA ~~SERVICIOS DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO~~)

1. Los gastos máximos aprobados ~~y las prestaciones ordinarias máximas~~ para una estadía en un establecimiento de atención medicalizada se fijarán en 150 dólares de los Estados Unidos por día (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 120 dólares de los Estados Unidos). ~~servicios de enfermería a largo plazo están sujetos a los topes siguientes:~~

Aplicable a partir del 1.º de enero de 2016			
En un establecimiento		A domicilio	
Gastos máximos aprobados por día (dólares de los Estados Unidos)	Prestaciones ordinarias máximas por día (dólares de los Estados Unidos)	Gastos máximos aprobados por mes (dólares de los Estados Unidos)	Prestaciones ordinarias máximas por mes (dólares de los Estados Unidos)
150,00	120,00	3.450,00	2.760,00

2. ~~a) — Las prestaciones por servicios de enfermería a largo plazo relativas a las estadías en establecimientos de atención medicalizada~~ están sujetas a la aprobación del Asesor Médico.

~~b) Un médico debe confirmar, al menos una vez por año civil, la naturaleza de los cuidados auxiliares precisados y que el establecimiento o la persona en cuestión puede proporcionarlos.~~

~~En caso de interrupción de más de seis meses en el pago de las prestaciones, éstas seguirán pagándose sobre la misma base que antes.~~

CÓDIGO 2.6

(SERVICIOS DE ENFERMERÍA A LARGO PLAZO Y A DOMICILIO)

1. Los gastos máximos aprobados en concepto de servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio se fijarán en 3 450 dólares de los Estados Unidos por mes (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 2 760 dólares de los Estados Unidos).

2. a) Las prestaciones relativas a los servicios de enfermería a largo plazo y a domicilio están sujetas a la aprobación del Asesor Médico.

b) La naturaleza de los servicios de enfermería necesarios deberá indicarse en una prescripción médica.

CÓDIGO 3

(MEDICAMENTOS PRESCRITOS)

1. Los gastos por los artículos y materiales que figuran en la siguiente lista (no exhaustiva) quedarán excluidos de los reembolsos con arreglo al código 3, ~~por decisión del Comité de Administración:~~

- tiritas adhesivas o vendas corrientes;
- agua destilada y aguas minerales;
- dentífricos (de cualquier tipo);
- cepillos de dientes;
- mondadientes;
- productos de limpieza para dentaduras postizas;
- productos de higiene personal como manoplas, talco, bastoncillos para las orejas, etc.:
- sal marina;
- sales de baño;
- algodón hidrófilo;
- adhesivos para callos;
- productos de pedicura;
- cremas solares;
- productos dietéticos;
- desodorantes;
- champús y lociones capilares;
- desinfectantes domésticos;
- productos cosméticos especiales para pieles sensibles o alérgicas;
- productos de limpieza para lentes de contacto;
- alcohol, vinos y licores.

2. Cuando los productos farmacéuticos deban comprarse más de una vez, la prescripción deberá especificar claramente cuántas veces o durante cuánto tiempo deberá hacerse. Una simple indicación como «debe repetirse» se considerará una prescripción para una sola renovación.

3. Se requerirá una nueva prescripción cada 12 meses en todos los casos.

4. Los medicamentos considerados como no reembolsables tanto en Suiza como en Francia (de conformidad con la lista de medicamentos oficialmente reconocidos) no otorgan, en principio, derecho al pago de prestaciones por parte de la Caja, a menos que quede establecido que sí son reembolsables bajo el régimen básico del seguro de salud en el país de que se trate (distinto de Suiza o Francia).

CÓDIGO 4
(ATENCIÓN ODONTOLÓGICA)

1. No se pagará ninguna prestación por tratamientos seguidos durante el primer año de protección del interesado.
2. A partir de entonces, los gastos máximos aprobados se fijarán en 1_500 dólares de los Estados Unidos por persona y año civil (las prestaciones ordinarias serán de 1_200 dólares de los Estados Unidos).
3. El saldo de gastos aprobados que reste al final del año civil se trasladará y acumulará a los derechos del año siguiente, hasta un máximo de 4_500 dólares de los Estados Unidos (las prestaciones ordinarias máximas se fijarán en 3_600 dólares de los Estados Unidos).
4. ~~Se considerarán casos de enfermedades ordinarias~~ A efectos de reembolso, los siguientes tratamientos o intervenciones no serán considerados de atención odontológica, sino de atención médica:
 - i) tratamiento de malformaciones craneofaciales;
 - ii) cirugía de fisuras faciales;
 - iii) cirugía ortognática~~trastornos de la marcha erguida;~~
 - iv) injertos óseos no relacionados con la atención odontológica;
 - v) tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular;
 - vi) tratamiento de la agenesia dental congénita.

CÓDIGO 5.1
(APARATOS ÓPTICOS)

1. No se pagará ninguna prestación por la adquisición o reparación de aparatos ópticos durante el primer año de protección del interesado.
2. A partir de entonces, los gastos máximos aprobados se fijarán en 320 dólares de los Estados Unidos por persona protegida por año civil (las prestaciones ordinarias ascenderán a 256 dólares de los Estados Unidos).
3. Dentro de los máximos especificados en el párrafo 2, las prestaciones destinadas a monturas no excederán de 100 dólares de los Estados Unidos.
4. El saldo de gastos aprobados que reste al final del año civil se trasladará y acumulará a los derechos del año siguiente, hasta un máximo de 960,00 dólares de los Estados Unidos (las prestaciones ordinarias máximas se fijarán en 768,00 dólares de los Estados Unidos).
5. El Comité de Administración podrá autorizar el pago de prestaciones que excedan el máximo indicado cuando, a raíz de una intervención quirúrgica, el estado de los ojos requiera un cambio de lentes.

CÓDIGO 5.2
(APARATOS AUDITIVOS)

1. No se pagará ninguna prestación por la adquisición o la reparación de aparatos auditivos durante el primer año de protección del interesado.
2. Los gastos aprobados se fijarán en 3_750 dólares de los Estados Unidos por oído en el período de tres años civiles (las prestaciones ordinarias se limitarán de 3_000 dólares de los Estados Unidos por oído).

CÓDIGO 6.1
(TRANSPORTE EN CASO DE EMERGENCIA)

1. ~~Por transporte sanitario de larga distancia se entiende el traslado de ida y vuelta a una distancia superior a 200 km. Una emergencia es un acontecimiento repentino e inesperado que exige una intervención médica inmediata.~~
2. ~~Cabe esperar razonablemente que la persona protegida haya suscrito un contrato de asistencia o un seguro de viaje cuando se efectúa un desplazamiento de más de 72 horas por transporte aéreo o marítimo o cuando el destino no puede alcanzarse en menos de 16 horas por transporte terrestre, pero en ningún caso cuando la urgencia se produce a menos de 100 km de la residencia principal de la persona protegida. El transporte en ambulancia terrestre o aérea, según proceda, ha de revelarse como el único medio de transporte adecuado, habida cuenta de la gravedad de la situación médica y de las demás circunstancias que rodean la emergencia.~~
3. Incumbirá al equipo médico que proporcione el transporte determinar el lugar de tratamiento más cercano.
- 3.—4. Se consideran actividades de riesgo las actividades deportivas ~~o recreativas~~ que entrañan un mayor riesgo de caída, choque, lesiones o malestar, en particular los deportes de nieve, los deportes náuticos y subacuáticos (salvo la

natación), los deportes aéreos y el uso (como piloto o como pasajero) de un avión privado, los deportes de combate y de tiro, el uso con fines deportivos de vehículos de motor, el alpinismo o la escalada con cuerda y la escalada.

4.— Cabe esperar razonablemente que, en esos casos, la persona protegida haya suscrito un contrato de seguro específico que cubra los casos de emergencia ~~urgencia~~ ~~que puedan producirse al practicar una actividad deportiva o recreativa cuando se le haya propuesto un contrato de ese tipo al adherirse a un club, una asociación o una federación deportiva o al adquirir un viaje, un billete, un abono o un paquete~~.

5.— ~~En el caso de los antiguos funcionarios destinados a la sede de la OIT, Francia se considera país vecino del lugar de destino.~~

CÓDIGO 6.2

(TRANSPORTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O DE TRATAMIENTO AMBULATORIO)

1. La repatriación, la conveniencia personal y el derecho a la libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico previsto en el artículo 2.1 de los Estatutos no forman parte de la justificación médica del transporte.

2. Para el transporte en taxi, el límite máximo de gastos aprobado asciende a 125-500 dólares de los Estados Unidos por trayecto ~~de ida y vuelta (es decir, una prestación ordinaria máxima de 100 dólares)~~.

3.— ~~Por transporte de larga distancia se entiende el traslado a una distancia superior a 200 km de ida y vuelta (códigos 6.2.2 y 6.2.3).~~

4.— ~~3.~~ Las enfermedades y los estados crónicos cuyo tratamiento puede dar derecho a recibir prestaciones en virtud del código 6.2.4 son:

- los casos de insuficiencia renal que precisan diálisis;
- los estados cancerosos que precisan quimioterapia o radioterapia;
- los estados neurodegenerativos invalidantes.

CÓDIGO 6.3

(~~OTROS GASTOS DE DESPLAZAMIENTOS POR RAZONES MÉDICAS~~ TRANSPORTE CON FINES MÉDICOS)

1. La repatriación, la conveniencia personal y el derecho a la libre elección del médico, del farmacéutico y del establecimiento médico previsto en el artículo 2.1 de los Estatutos no forman parte de la justificación médica del transporte.

2. El término «área de residencia» designa el territorio situado en un radio de 100 km del lugar de residencia ~~principal~~ de la persona protegida.

3. Las prestaciones estarán sujetas a la aprobación previa del Asesor Médico que:

- i) certificará que no puede recibirse atención médica adecuada en el lugar de destino/área de residencia, y
- ii) determinará el «lugar más cercano» en que puede recibirse la atención médica necesaria.

4. Los gastos de traslado se abonarán únicamente si la atención se proporciona en el lugar más cercano determinado por el Asesor Médico, de conformidad con el párrafo 2 supra.

5. El Secretario Ejecutivo podrá, no obstante, autorizar el reembolso de los gastos de traslado a un lugar que no sea el más cercano determinado por el Asesor Médico, justificándose su decisión ya sea para preservar la salud o la seguridad de la persona asegurada, ya sea para obtener una ventaja económica para la Caja.

6. Sólo se pagarán prestaciones por el costo del billete más económico en el medio de transporte más barato disponible, y deberá darse preferencia al transporte colectivo.

7.— ~~En el caso de los antiguos funcionarios destinados en la sede de la OIT, Francia se considera país vecino del lugar de destino.~~

CÓDIGO 7

(GASTOS DE SEPELIO)

Las prestaciones máximas se fijarán en 500750 dólares de los Estados Unidos.

CÓDIGO 8.1

(EXÁMENES PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y PRUEBAS DE DETECCIÓN ~~VACUNAS~~)

1. Sólo los exámenes que se indican a continuación son reembolsables sin copago en su totalidad:

- análisis del antígeno prostático específico (PSA) y examen rectal digital cada año a partir de los 50 años;
- mamografía cada dos años a partir de los 40 años;
- citología cérvico-vaginal y examen pélvico cada dos años;
- pruebas de sangre oculta en heces cada año a partir de los 50 años;
- colonoscopia cada cinco años a partir de los 50 años.;

2. Los tratamientos preventivos y las pruebas de detección que se indican a continuación son reembolsables en su totalidad:

- limpieza dental anual;
- prueba de detección del VIH, hasta un gasto máximo aprobado de 100 dólares de los Estados Unidos;
- prueba de detección de las hepatitis B y C, hasta un gasto máximo aprobado de 100 dólares de los Estados Unidos;
- prueba de detección prenatal.

3. Los exámenes, tratamientos preventivos y pruebas de detección mencionados *supra* que se efectúen a intervalos más frecuentes se reembolsarán al 80 por ciento.

CÓDIGO 8.2
(VACUNAS)

21. Las vacunas que se enumeran a continuación son reembolsables ~~sin copago~~ en su totalidad:

- vacuna antigripal ~~cada año~~;
- vacuna antimeningocócica conjugada (A, C, W₁₃₅ e Y);
- vacuna antineumocócica (conjugada y polisacárida);
- vacuna antituberculosa (BCG) y prueba de la tuberculina;
- vacuna contra la tos ferina;
- vacuna contra la difteria;
- vacuna contra la encefalitis japonesa;
- vacuna contra la fiebre amarilla;
- vacuna contra la fiebre tifoidea;
- vacuna contra el *Haemophilus influenzae* de tipo B (Hib);
- vacuna contra la hepatitis A;
- vacuna contra la hepatitis B;
- vacuna contra las paperas;
- vacuna contra el virus del papiloma humano;
- vacuna contra la poliomielitis;
- vacuna antirrábica;
- vacuna contra el rotavirus;
- vacuna contra el sarampión;
- vacuna contra la rubéola;
- vacuna antitetánica;
- vacuna contra la varicela;
- vacuna contra el herpes zóster.

32. Los exámenes o vacunas que se realicen a intervalos más frecuentes se reembolsarán al 80 por ciento. El costo del servicio médico o de enfermería, si se factura por separado, se reembolsará al 80 por ciento.

CÓDIGO 9
(MEDICINAS ALTERNATIVAS)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 1 200 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil (las prestaciones ordinarias máximas se limitarán a 960 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y año civil).

2. Sólo los tratamientos que se indican a continuación son reembolsables:

- acupuntura;
- quiropráctica;
- medicina ayurvédica;
- medicina tradicional china;
- mesoterapia;
- osteopatía.

CÓDIGO 10
REPRODUCCIÓN ASISTIDA

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 30 000 dólares de los Estados Unidos por persona protegida y para la totalidad del o de los períodos de afiliación.