

GENERAL INFORMATION BULLETIN



GIB No.:	GIB-HQ-CO-Centers-17-919
Date:	14 July 2017
Cost Center:	FRM
Subject:	Changes to the WHO Staff Health Insurance Plan

This bulletin, which is a follow-up to [GIB HQ-FO-17-735](#), describes changes taking place in the WHO Staff Health Insurance Plan from 1 July 2017.

Changes in Benefits

As a result of the decisions made by the WHO Director-General following the 7th and 8th Meetings of the SHI Global Oversight Committee on 7-8 November 2016 and 27-28 April 2017, respectively, the [Staff Health Insurance \(SHI\) Rules](#) have been amended and posted to the SHI intranet. Shown below is a summary description of main amendments related to administrative provisions and benefits.

Changes to Benefits	
<p>Part A Appendix provides a comprehensive definition of services included under the Maxillofacial Surgery benefit defined in B.21</p>	<p>Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treatment for facial injuries, head and neck cancer and related reconstructive surgery, - orthognathic surgery, - removal of impacted teeth and complex buried dental roots, - removal of cysts and tumors of the jaws, - primary and secondary surgery for cleft lip and palate and other congenital facial deformities, - management of benign and malignant lesions of the salivary glands, - removal of complex facial skin tumors and - reconstruction, temporomandibular joint surgery.
B.20.1 to B.20.5 and B.21 "Plastic surgery"	Medical report + estimated cost + pictures and/or examination by the Medical Adviser/Regional staff physician added to "requirements for consideration."
B.71 "Convalescence/rehabilitation beyond 30 days"	Prescription and medical report required.
B.96 "Orthoptist"	Reimbursed up to <u>24</u> sessions per year.
B.98 "Occupational therapist"	Reimbursed up to <u>24</u> sessions per year.
B.102 "Psychomotor therapist"	For children up to age 18, reimbursed up to <u>150</u> sessions per year.
B.105 "Speech therapist for adults"	Prior approval is no longer required.

New Rule B.109	For paragraphs B.96 to B.106, reimbursement above the maximum number of sessions allowed (number of sessions and period to be determined) is subject to prior approval from SHI Officer in HQ.
B.110 "Optical care"	Reimbursement of corrective lenses and frames subject to <u>an eye test</u> from an ophthalmological specialist or licensed registered optometrist/ <u>optician</u> .
B.120 "Dental services"	List of services updated to include the bone graft when required for dental implants.
B.151 "Human papillomavirus (HPV)"	HPV vaccine is reimbursed without WHO's recommendation and without a prescription.
B.184 "Medication for erectile dysfunction"	Medication for erectile dysfunction is reimbursable with a prescription and medical report following a prostatectomy or pelvic surgery.
B.185 "Tobacco substitutes"	Tobacco substitutes excluding e-cigarettes are reimbursed with a prescription.
New Rule B.209 "Food supplements/baby milk"	Non-reimbursable except under specific medical conditions detailed in a medical report.
B.210 "Bra (special) after mastectomy"	A medical report is required for the first purchase only, after which lifetime approval is granted.
B.212 "Hearing aids including maintenance"	Benefit has been expanded and now applies as follows: <ul style="list-style-type: none"> - US\$ 2,500 per ear every 4 years, without audioprosthologist expertise with a prescription and prior approval from the SHI Officer in HQ; or - US\$ 3,000 per ear every 4 years, with audioprosthologist expertise with a prescription and prior approval from the SHI Officer in HQ; or - more frequently for medical reasons to be assessed by the Medical Adviser with a medical report and prior approval from the SHI Officer in HQ.
New Rule B.219 "Medical bed"	Rental or purchase of medical bed reimbursed up to US\$ 2,000 (lifetime entitlement) subjects to prior approval from the SHI/GSC.
New Rule B.243 "Traditional and complementary/alternative medicine interventions"	Any consultation with physicians related to non-reimbursable alternative medicine including prescribed exams or medicine, and further treatment thereafter, is not reimbursed.

Staff are encouraged to review the complete list of changes found in [WHO Information Note 30/2017](#).

Requirement for Prior Approval

In addition to the changes listed above, a number of the benefits listed in Part B of the SHI Rules now require the prior approval of the SHI Officer in WHO Headquarters. This new requirement is expected to result in a delay in the processing of some claims. SHI participants should review Part B of the SHI Rules to be aware of all benefits requiring prior approval either from the SHI Insurance Officer, the Global Standing Committee (GSC), or the PAHO/AMRO Subcommittee of the GSC. Some claims may be denied if prior

approval is not granted, when required, before products or services are purchased by plan participants.

Participants' Role in Cost Containment (reprinted from [GIB HQ-FO-17-735](#))

Active and retired participants in the SHI Plan, and their dependents, are encouraged to make prudent and informed decisions when seeking medical care. The SHI Plan currently allows participants to exercise personal discretion when choosing a healthcare provider, and costs for similar services can vary significantly among providers.

SHI participants can affect the trend in the cost of participation (i.e. contribution rates) by making simple choices that limit costs, when possible. For U.S. residents, such choices include the use of physicians and hospitals that participate in the Aetna network of healthcare providers. Participants outside the U.S. should consider using hospitals and clinics with which the Organization has established [special service agreements](#), when possible. Participants should be aware of the substantial savings that can be realized from using an Urgent Care facility or Walk-in Clinic instead of a hospital emergency room for non-life-threatening cases.

U.S. participants are encouraged to use the Aetna Directory of Health Care Professionals (known as DocFind) to locate in-network health care providers. This service is available at the following link: [Aetna Network Directory](#)

Questions concerning information in this bulletin may be directed to the Staff Health Insurance Team at [*HQ:FMR/FN/SHI](#)

Cambios en el plan de Seguro de Salud del Personal de la OMS

Cambios en el plan de Seguro de Salud del Personal de la OMS

Este boletín, que es continuación del [GIB HQ-FO17-735](#), describe los cambios en el Plan de Seguro de Salud del Personal de la OMS a partir del 1º de julio del 2017.

Cambios en las Prestaciones

Como resultado de las decisiones adoptadas por la Directora General de la OMS después de las 7ª y 8ª Reunión del Comité Mundial de Supervisión de SHI los días 7-8 de noviembre del 2016 y 27-28 de abril del 2017, se han modificado [las reglas del Seguro del Personal de Salud \(SHI\)](#) y publicado en la intranet de SHI. A continuación se presenta un resumen de las principales modificaciones, las disposiciones administrativas y las de prestaciones.

Cambios en las Prestaciones	
Parte A: El apéndice ofrece una definición completa de servicios	Los servicios cubiertos incluyen: -tratamiento de heridas faciales y de cáncer de cabeza y cuello, y cirugía reconstructiva relacionada; -cirugía ortognática; -extracción de dientes retenidos, así como de raíces dentales retenidas de cierta complejidad; -extirpación de quistes y tumores maxilares;

incluidos dentro de las prestaciones de Cirugía Maxilofacial definidas en B.21	<p>-procedimientos de cirugía primaria y secundaria para el tratamiento de labios leporinos, fisuras palatinas y otras - deformidades faciales congénitas,</p> <p>-manejo de lesiones, tanto benignas como malignas, de las glándulas salivales,</p> <p>-extirpación de tumores de piel faciales complejos,</p> <p>-cirugía reconstructiva y cirugía de la articulación temporomandibular.</p>
B.20.1 a B.20.5 y B.21 "Cirugía plástica"	Se requiere un informe médico + costo estimado + fotografías y/o examen del asesor médico/facultativo del servicio médico del personal de la oficina regional.
B.71 "Convalecencia / rehabilitación de más de 30 días"	Se requiere prescripción médica e informe médico.
B.96 "Ortoptista"	Reembolso de un máximo de 24 sesiones al año.
B.98 " Ergoterapeuta"	Reembolso de un máximo de 24 sesiones al año.
B.102 " Psicomotricista "	Para niños de hasta 18 años, reembolso de hasta 150 sesiones al año.
B.105 " Terapia del lenguaje para adultos "	La aprobación previa ya no es necesaria.
Nueva Regla B.109	Para los párrafos de B.96 a B.106, el reembolso por encima del número máximo de sesiones permitidas (número de sesiones y período por determinar) está sujeto a la aprobación previa del Oficial SHI en la Sede.
B.110 " Atención oftalmológica"	Reembolso de lentes correctivos y monturas sometidos a una prueba ocular por un especialista en oftalmología o un optometrista/óptico titulado con autorización para ejercer
B.120 "Servicios odontológicos"	Lista de servicios actualizados incluye los implantes con injerto óseo cuando los implantes dentales son requeridos.
B.151 "Virus del papiloma humano (VPH)"	La vacuna contra el VPH se reembolsa sin la recomendación de la OMS y sin receta médica.
B.184 " Medicación para la disfunción eréctil"	La medicación para la disfunción eréctil es reembolsable con una prescripción y un informe médico después de una prostatectomía o cirugía pélvica.
B.185 " Sucedáneos del tabaco"	Los sucedáneos del tabaco excluidos los cigarrillos electrónicos, se reembolsan con receta médica.
Nueva Regla B.209 "Complementos alimenticios / leche para lactantes"	No es reembolsable excepto cuando se cumplan determinados requisitos médicos, en cuyo caso habrá que aportar un informe médico detallado.
B.210 "Sostén (especial) después de la mastectomía"	Se requiere informe médico para la primera compra es requerido, después de lo cual se aprueba de por vida.
	El beneficio se ha ampliado y ahora se aplica como sigue: - US\$ 2,500 por oído cada 4 años, sin pericia de un audioprotesista y aprobación previa del Oficial de SHI en la

B.212 "Audífonos, incluido su mantenimiento"	Sede; o bien - US\$ 3,000 por oído cada 4 años, con pericia de un audioprotesista y aprobación previa del Oficial de SHI en la Sede; o bien - más frecuentemente por razones médicas para ser evaluada por el asesor médico con un informe médico y previa aprobación del Oficial de SHI en la Sede.
Nueva Regla B.219 "Cama Médica"	Alquiler o compra de camas médicas reembolsadas hasta US\$ 2,000 (de por vida) sujeto a la aprobación previa del SHI / GSC.
Nueva Regla B.243 " Intervenciones médicas tradicionales y complementarias/alternativas"	No se reembolsará ninguna consulta con un médico en relación con modalidades no reembolsables de medicina alternativa, incluidos los exámenes o medicamentos prescritos o el tratamiento dispensado tras la consulta

Se recomienda al personal revisar la lista completa de los cambios que se encuentran en la [Nota de Información de la OMS 30/2017](#).

Requisito de Aprobación previa

Además de los cambios mencionados anteriormente, una serie de prestaciones enumeradas en la Parte B de las Reglas SHI, requieren ahora la aprobación previa del Oficial de SHI en la Sede de la OMS. Puede que este nuevo requisito resulte en un retraso en el procesamiento de algunas reclamaciones. Los participantes de SHI deben revisar la Parte B de las Reglas de SHI para conocer todas las prestaciones que requieran aprobación previa del Oficial de Seguros de SHI, el Comité Permanente Mundial (SHI/GSC) y el Sub-Comité de SHI/GSC para la OPS/Región de las Américas de la OMS. Algunas reclamaciones pueden ser negadas si no se ha concedido la aprobación previa, cuando es necesario, antes de que los participantes del plan compren los productos o servicios.

Papel de los participantes en la contención del gasto: (GIB HQ-FO-17-735)

Se aconseja a los participantes en servicio activo y jubilados en el Plan de SHI, y a sus dependientes, que tomen decisiones prudentes e informadas al solicitar atención médica. En estos momentos, el Plan SHI permite que los participantes elijan según su criterio personal el proveedor de atención médica, y los costos por servicios similares pueden variar mucho entre los diversos proveedores.

Los participantes de SHI pueden incidir en la evolución del costo de participación (es decir, en las tasas de contribución) mediante la elección de alternativas sencillas que limitan los costos, siempre que sea posible. Los residentes en los Estados Unidos pueden optar por acudir a los médicos y los hospitales que participan en la red de Aetna de proveedores de atención médica. Los participantes fuera de los Estados Unidos deben contemplar el uso de hospitales y clínicas con los cuales la Organización ha establecido [acuerdos de servicios especiales](#), siempre que sea posible. Los participantes deben ser conscientes de los ahorros sustanciales que se pueden obtener acudiendo a un Establecimiento de Atención Urgente o a un Consultorio de Acceso Directo en lugar de a las alas de emergencias de un hospital en aquellos casos que no son potencialmente mortales.

Se aconseja a los participantes de los Estados Unidos que usen el Directorio de Aetna de Profesionales de Salud (conocido como DocFind) para localizar proveedores de salud de la red. Este servicio está disponible

en el siguiente enlace: [Directorio de la red de Aetna](#).

Pueden dirigir sus preguntas sobre la información de este boletín al Personal del Equipo del Seguro de Salud en *[HQ: FMR/FN/SHI](#).
