

SEGURO DE ENFERMEDAD DEL PERSONAL

SHI EN LINEA



OPS

OPS/OMS



SHI En Línea: Recordatorios Importantes

Importante Recordar



Comprobar que su perfil esta completo

- Nombre y apellido correctos
- Correo electrónico
- Numero de identificación nacional, de ser requerido para procesar pagos, transferencias electrónicas en su país
- Información bancaria en moneda local y dólares estadounidenses (si aplica)

La transferencia bancaria es la única forma de pago en los países en los que la Organización tiene habilitada esa modalidad de pago

Solo para Retirados: envíe su dirección de correo electrónico a nieveso@paho.org para actualizar su información en nuestro sistema

Importante Recordar



Lea y familiarícese con las Reglas del Seguro de Salud

¿Qué cubre y que no cubre el Seguro?

- Medicamentos con receta – cubierto
- Masajes – no se cubre

¿Qué requisitos son necesarios para cada servicio?

- Reporte medico para cirugías – estimados

¿Qué beneficios tienen límites?

- Servicios dentales y ópticos
- Terapias



ESTATUTOS del Seguro de Enfermedad del Personal

Entrada en vigor: enero de 2019

Importante Recordar



No se procesaran adelantos en las oficinas de país así que:

- Envíe sus reclamos tan pronto como sea posible
- Importe mínimo para presentar un reclamo es de US\$50.00 – Regla C.11
- Facturas son validas para reembolso por 12 meses a partir de la fecha de servicio – Regla C.11

Asegúrese de presentar todos los documentos establecidos y de hacer un reclamo con un máximo de 5 facturas – mismo paciente – misma moneda

Los casos de servicios que requieren autorización deben presentarse con 2 semanas de antelación

Importante Recordar



- Los documentos escaneados deben ser legibles
 - 5 facturas por reclamo
 - Mismo paciente
 - Misma moneda
- Medicamentos
 - Documentos necesarios para reembolso
 - Receta
 - Facturas
 - Máximo de 3 facturas por prescripción

Importante Recordar



Todas las recetas por medicamentos deben incluir:

- Nombre del paciente
- Fecha
- Diagnóstico (si aplica)
- Nombre del medicamento
- Indicaciones de como tomar el medicamento
- Por cuanto tiempo debe tomar el medicamento



Los medicamentos de venta libre:

- No son reembolsables
- ¿Que hacer cuando en nuestro país solo se vende el medicamento con receta medica?
 - Enviar: literatura / caja del medicamento

Importante Recordar



- Los documentos escaneados deben ser legibles
- Exámenes y servicios médicos de control cada 2 años no se cubren
- Medidas preventivas - Se cubre el 100% con límites y requisitos
 - Vacunas – Regla B.150
 - Mamografía – Regla B.152
 - Colonoscopia – Regla B.155.1

Indicar en la casilla de comentarios del reclamo en línea que son gastos de medidas preventivas para que se pueda reembolsar el 100%.

Importante Recordar



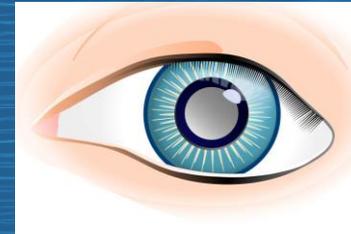
Anteojos / Lentes de contacto

- Receta / Dioptría
- Factura



Cataratas – Máximo – US\$3,500.00 por ojo

- Regla B.113
- Informe medico



Audífonos – Máximo US\$ 2,750.00 por oído (cada 4 años)

- Regla B.212
- Informe medico
- Audiograma



Importante Recordar



Las facturas de los médicos deben incluir:

- Nombre del medico
 - Especialidad
- Nombre completo del paciente
 - Fecha
 - Diagnóstico (si aplica)



Importante Recordar



Reembolso Adicional: Límite Catastrófico

- ¿Qué es?
- ¿Cómo se calcula?



Límite Catastrófico



REEMBOLSO ADICIONAL (LÍMITE CATASTRÓFICO)

- C.2 Los funcionarios y exfuncionarios tendrán derecho a un reembolso adicional si, en el periodo de 12 meses previo a la fecha de reembolso, incurren, por cuenta suya o de un familiar que cumpla las condiciones requeridas, y por servicios descritos en la Parte B – Prestaciones (que figuren como incluidos en el cálculo de gastos catastróficos), en gastos, calculados en función de las cantidades y de las fechas en que se efectúe el reembolso, que excedan su límite catastrófico.
- C.3 Ese reembolso adicional será equivalente al 100% de la diferencia entre el gasto efectuado por el funcionario o exfuncionario y su límite catastrófico. El límite catastrófico se calcula como sigue:

Límite Catastrófico



- 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; cuando se trate de funcionarios con contratos a tiempo parcial, también se tomará como base de cálculo la remuneración correspondiente a un nombramiento equivalente a plazo fijo y a tiempo completo;
- C.3.2 en el caso de los exfuncionarios con más de 25 años de servicio, o sus familiares a cargo sobrevivientes, el 5% de la pensión completa efectiva;
- C.3.3 en el caso de los exfuncionarios con menos de 25 años de servicio a cuya pensión se hace referencia en la Parte E – Condiciones de afiliación, o sus familiares a cargo sobrevivientes, el 5% de la pensión completa pagadera después de 25 años de servicio.

Importante Recordar



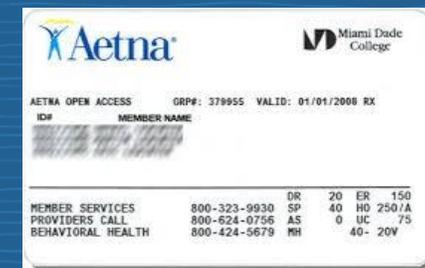
Cuando viajamos al extranjero

Constancia de Cobertura – Provista por SHI/WDC



AETNA & CVS/CAREMARK (EU) – Cuando viajamos a los EEUU por razones médicas o por una estadía de 3 meses o más (ojo: es necesaria autorización previa)

- Dirección postal
- Periodo– Fecha de llegada y salida
- Finalidad– (razones médicas, visita, etc)



Tarjeta Azul - WHO/OMS

- Cuando viajamos fuera de nuestro país de residencia
- Solo se utiliza para emergencias

Importante Recordar



Notificar – Oficina local y/o oficina central (WDC)

Omarys Nieves – nieveso@paho.org WDC

Información importante:

- Fecha del fallecimiento
- Copia del certificado de defunción – cuando esté disponible

Sobreviviente:

- Completar formulario WHO90.3E – si desea continuar bajo la cobertura del Seguro de Salud
- Copia del documento nacional de identidad



ESTA INFORMACION SE ENVIA A GINEBRA PARA LOS CAMBIOS PERTINENTES
RELACIONADOS AL SEGURO DE SALUD Y LA PENSION

Formulario WHO90.3E



APPLICATION FOR CONTINUED PARTICIPATION UPON RETIREMENT
 For details of eligibility please refer to the Staff Health Insurance Rules (e-Manual III.20 Annex 7.A)

Staff member (or surviving spouse/dependant)

Full name _____ Date of birth _____ Marital status _____
 Date of separation from service _____ Staff No. _____ UNJSPF No. _____

I am retiring from WHO on or after my fifty-fifth birthday and have completed at least 10 years' participation in the Staff Health Insurance, of which 5 years have been continuous, in accordance with the SHI Rules

I am retiring from WHO at official retirement age and have completed at least 5 continuous years' participation in the Staff Health Insurance in accordance with the SHI Rules. I agree to pay the lump sum required for each year or portion of a year that my participation is short of 10 years.

I am separating from service upon the award of a disability benefit by the UN Joint Staff Pension Fund.

I am the surviving spouse/dependant of a deceased staff member/retired staff member.

I wish to continue to participate in the WHO Staff Health Insurance together with my eligible family members listed below who are already insured.

Spouse (already insured)

Name _____ Date of birth _____ Date of marriage _____

My spouse has less than 10 years' participation in the Staff Health Insurance. I agree to pay the lump sum required for each year or portion of a year that participation is short of 10 years.

Children (already insured)	Retiree provides main & continuing support for child	If the child is 18 or over		Child attends school or university full-time?		Child is gainfully employed?	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Name _____	Date of birth _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secondary dependant (already insured)

Name _____ Date of birth _____

	Mother	Father	Brother	Sister
<input type="checkbox"/>				

Mailing address

Number & street _____

Postal code _____ City _____

State or province _____ Country _____

e-mail address _____ Telephone number _____

Bank account details for SHI reimbursements

Name of bank _____ BIC/SWIFT code _____

Number & street _____

Postal code _____ City _____

State or province _____ Country _____

Bank account No./IBAN _____ Currency of bank account _____

Staff Health Insurance Contributions

- I authorize the UN Joint Staff Pension Fund to deduct from my monthly pension benefit, and to remit directly to WHO, my contributions to the WHO Staff Health Insurance.
- I authorize the UN Joint Staff Pension Fund to provide information regarding the amount of my pension benefit to the WHO Staff Health Insurance.
- I am aware that the contributions may be revised in future, either due to revision of the amount of my pension benefit or due to changes in the contribution rate.
- I note that I must address all queries regarding SHI contributions to the WHO Staff Health Insurance.
- I note that I must provide written notice to the WHO Staff Health Insurance at least 6 months in advance if I decide to cancel SHI cover for myself or any of my insured family members.
- I certify that all the facts presented by me above are correct. I shall notify the WHO Staff Health Insurance immediately of any changes.

Signature: _____ Date: _____

WHO 90.3 E (01.2012)

THE COMPLETED AND SIGNED FORM MUST BE RECEIVED BY INS/HO