

OIT
CAJA DEL SEGURO DE SALUD DEL PERSONAL (CSSP)

Notificación de las enmiendas propuestas a los Estatutos y el Reglamento Administrativo de la CSSP

Enmiendas propuestas a los Estatutos

- Artículo 1.6 (*Personas a cargo protegidas voluntariamente*)
- Artículo 2.4 (*Supresión o límites del derecho a las prestaciones*)
- Artículo 2.5 (*Prestaciones adicionales*)
- ~~Artículo 2.6 (*Responsabilidad máxima*)~~
- Artículo 2.7 (*Protección por otro régimen de seguro o servicio para la protección de la salud*)
- Artículo 2.10 (*Pago de las prestaciones*)
- Artículo 2.11 (*Suspensión y prescripción de derechos*)
- Artículo 5.6 (*Entrada en vigor de los Estatutos*)

Enmiendas propuestas al anexo I: Baremo de Prestaciones

- Código 1.1 (*Honorarios médicos*)
- Código 1.4 (*Servicios de laboratorio y otras pruebas*)
- Código 1.5 (*Tratamiento de rehabilitación funcional*)
- Código 1.7 (*Psicoanálisis o psicoterapia*)
- Código 1.8 (*Nutrición*)
- Código 2.7 (*Atención médica en establecimientos cubierta por los códigos 2.2 y 2.3, o vinculada a una hospitalización domiciliaria*)
- Código. 5.2 (*Aparatos auditivos*)
- Código 8.2 (*Vacunas*)

Enmiendas al Reglamento Administrativo

- Artículo 1.6 (*Personas a cargo protegidas voluntariamente*)
- Artículo 2.5.3 (*Prestaciones adicionales*)
- Artículo 2.10 (*Pago de prestaciones*)
- Artículo 5.2 (*Formularios y autorizaciones*)
- Código 1.4 (*Servicios de laboratorio y otras pruebas*)
- Código 1.5 (*Tratamiento de rehabilitación funcional*)
- Código 3 (*Medicamentos prescritos*)
- Código 4 (*Atención odontológica*)
- Código 5.2 (*Aparatos auditivos*)
- Código 5.5 (*Otros aparatos*)
- Código 6.2 (*Transporte en caso de hospitalización o de tratamiento ambulatorio*)
- Código 8.1 (*Exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección*)
- Código 8.2 (*Vacunas*)

Objeto de la circular

1. La presente circular tiene por objeto notificar a todas las personas aseguradas de la Caja del Seguro de Salud del Personal (CSSP) de la OIT las enmiendas propuestas en virtud del artículo 4.17 de los Estatutos de la CSSP («Enmiendas») e informarlas de las enmiendas al Reglamento Administrativo.
2. El Comité de Administración de la CSSP debatió de forma pormenorizada las enmiendas propuestas en sus reuniones 284.^a, 285.^a, 286.^a, 287.^a y 288.^a y las aprobó en su 289.^a reunión, celebrada el 27 de agosto de 2025. La fecha de entrada en vigor propuesta para estas enmiendas es el 1 de enero de 2026.
3. Las enmiendas propuestas se explican detalladamente a continuación. Todas las enmiendas propuestas se adjuntan a la presente circular, con los cambios señalados.

Objeto de las enmiendas

4. Las enmiendas propuestas al Estatuto de la CSSP, al anexo I (Baremo de Prestaciones) y al Reglamento Administrativo, que son competencia del Comité de Administración, tienen por objeto responder a las recomendaciones de los Auditores Externos, aclarar los procedimientos administrativos, ajustar ciertas prestaciones y eliminar la responsabilidad máxima de la Caja.

Antecedentes y enmiendas propuestas al Estatuto

5. De conformidad con el artículo 4.14 del Estatuto de la CSSP, «[e]l Auditor Externo de la OIT comunicará las conclusiones de su examen de auditoría». El Auditor Externo ha formulado recientemente una serie de recomendaciones al Comité de Administración de la CSSP en relación con el artículo 2.5 (Prestaciones adicionales), el artículo 2.7 (Protección por otro régimen de seguro o servicio para la protección de la salud) y el artículo 2.10 (Pago de las prestaciones), en las que se solicitaba la puesta al día del Estatuto en relación con distintas decisiones del Comité de Administración de la CSSP o de la Secretaría de la Caja que no estaban íntegramente reflejadas en el Estatuto. Las enmiendas reflejan los cambios.
6. Al mismo tiempo, en virtud de su mandato de velar por que la cobertura proporcionada por la Caja siga respondiendo a las necesidades de todos los asegurados, el Comité de Administración decidió proponer ciertas enmiendas a sus Estatutos y de su Reglamento Administrativo.
7. Una enmienda importante es la eliminación del artículo 2.6 (Responsabilidad máxima). Si bien el Comité de Administración siempre ha autorizado el pago de prestaciones adicionales en caso necesario, el artículo puede inhibir el acceso a la asistencia sanitaria de los asegurados de la CSSP en algunos países. El Comité de Administración consideró que el artículo 3.8 de los Estatutos de la CSSP proporciona una base suficiente para proteger la situación financiera de la Caja.
8. Algunas enmiendas pretenden mejorar el reembolso de algunos servicios prestados en una farmacia, como las consultas con un farmacéutico y las pruebas y vacunas administradas. Se ha creado un nuevo código para la nutrición (código 1.8). Se han simplificado los requisitos para el reembolso de las sesiones de psicoanálisis o psicoterapia (ya no es necesaria la prescripción médica). Del mismo modo, tampoco es ya necesaria una prescripción médica para el reembolso de las vacunas; además, se ha suprimido la lista de vacunas reembolsables en su totalidad y ahora todas las vacunas serán íntegramente reembolsables.

9. Las enmiendas también pretenden aclarar las condiciones de reembolso de los medicamentos prescritos (código 3), excluir del reembolso los reconocimientos médicos y los tratamientos de bienestar cuando se ofrezcan como parte de un lote de servicios y excluir los tratamientos antienviejecimiento. Aunque las enmiendas amplían la lista de artículos que abarcan los aparatos auditivos (código 5.2), el reembolso de los aparatos auditivos queda excluido del derecho a las prestaciones adicionales, y los gastos aprobados especificados en ese código serán para un periodo de cinco años, en lugar de para un periodo de tres años. Cabe recordar que la cobertura de los aparatos auditivos se mejoró considerablemente en 2022.
10. Otra enmienda consiste en suprimir el requisito de que un hijo no esté casado para seguir bajo la protección voluntaria de la CSSP.
11. Por último, las enmiendas también aclaran las normas para el reembolso de las facturas en idiomas distintos del español, el francés, el inglés o el italiano. También brindan la posibilidad al Asesor Médico de la CSSP de limitar las cantidades de aparatos médicos susceptibles de reembolso, permiten a la CSSP efectuar reembolsos periódicos de tratamientos de ortodoncia cuando el pago se efectúa al inicio del tratamiento y reducen el plazo para presentar una factura a 18 meses (en lugar de 21 meses) después de su fecha de emisión y a 24 meses (en lugar de 27 meses) después de la fecha de fin del tratamiento.

Procedimiento

12. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 4.17 del Estatuto de la CSSP:

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 la mayoría de los votos emitidos son contrarios a la enmienda propuesta y si por lo menos un tercio de todos los asegurados han votado, la enmienda no entrará en vigor.

Florian Léger
Secretario Ejecutivo
Caja del Seguro de Salud del Personal

24 de octubre de 2025

Enmiendas propuestas a los Estatutos y el Reglamento Administrativo de la CSSP

Estatutos de la CSSP

(Nota: El texto de color rojo y subrayado indica adiciones o cambios en el documento.
Las supresiones figuran tachadas)

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 periodos 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. Solo 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 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. Asimismo, solo 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 seis meses.

3. Si la cobertura se interrumpe, solo 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, 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 solo podrá estar asegurado si no existe cónyuge sobreviviente, y continuará asegurado solo 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 periodo 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 2.4

Supresión o límites del derecho a las prestaciones

1. No se pagará ninguna prestación:

- ~~a) por atención médica en caso de enfermedad o accidente causados intencionadamente a sí misma por una persona protegida;~~
- ~~b)~~ por atención médica debida al servicio militar;
- ~~c)~~ por atención médica derivada de una intervención quirúrgica con fines estéticos (salvo si esta intervención quirúrgica da derecho al pago de prestaciones en las condiciones enunciadas en el código 1.2 del Baremo de Prestaciones);
- ~~d)~~ por atención médica que el Asesor Médico declare inútil, superflua o medicalmente inadecuada; ~~y~~
- ~~e) en los casos en que una persona protegida no haya seguido las prescripciones de su médico, y~~
- ~~f)~~ por informes médicos, excepto los informes médicos que tengan por objeto continuar un tratamiento, elaborados para organismos administrativos, para empleadores, etc.

2. Cuando, previa consulta al Asesor Médico, el Comité de Administración considere que algunos gastos cuyo reembolso se solicita son excesivos, podrá reducir la suma que debería reembolsarse normalmente de conformidad con los presentes Estatutos.

Artículo 2.5

Prestaciones adicionales

1. Para los propósitos del presente artículo ~~y del artículo 2.6~~, y a menos que se indique lo contrario, por los términos «gastos aprobados» se entenderá los gastos efectivos respecto de los cuales se pagarán prestaciones ordinarias de conformidad con el artículo 2.2, bien entendido que, si el monto de la prestación ordinaria está limitado por alguna condición indicada en los presentes Estatutos, solo se considerarán «gastos aprobados» la parte de los gastos que da derecho al pago de esa prestación ordinaria.

2. Para los fines de calcular el pago de prestaciones adicionales, se tendrán en cuenta todas las partidas de gastos con respecto de las cuales se pagan las prestaciones ordinarias, a menos que se indique lo contrario en el Baremo de Prestaciones y en el artículo 2.7.

3. Cuando los gastos aprobados efectuados en un año civil por un asegurado y por las personas a su cargo protegidas por la Caja excedan un monto (el «umbral») indicado en el Reglamento Administrativo, se pagará una prestación adicional correspondiente al monto excedente del umbral, en un porcentaje fijado por el Reglamento Administrativo.

~~4. Las prestaciones adicionales se pagarán normalmente después de finalizar el año civil respectivo, pero podrán pagarse en el transcurso de ese mismo año, si el Comité de Administración lo considera conveniente.~~

54. El Comité de Administración podrá modificar periódicamente el monto del umbral y el porcentaje a partir del cual se pagarán las prestaciones adicionales. El Comité de Administración también podrá fijar un umbral más bajo para categorías específicas de asegurados.

Artículo 2.6

Responsabilidad máxima

~~1.— La Caja no estará obligada a pagar prestaciones cuando los gastos aprobados excedan de 150 000,00 dólares de los Estados Unidos en el transcurso de un año civil por una persona asegurada y por las personas a su cargo protegidas por la Caja. En casos excepcionales y previo examen de la situación financiera de la Caja, el Comité de Administración podrá, por decisión unánime, autorizar el pago de prestaciones adicionales.~~

~~2.— A los efectos del presente artículo, cuando los gastos den lugar al pago de prestaciones por otro régimen de protección de la salud o por otro servicio de atención médica, solo se considerarán «gastos aprobados» las prestaciones pagadas por la Caja.~~

Artículo 2.7

Protección por otro régimen de seguro o servicio para la protección de la salud

1. Si el asegurado o una persona a su cargo protegida por la Caja están afiliados a otro régimen, público o privado, de seguro de salud, o a un servicio público de atención médica, el asegurado estará obligado: a presentar la declaración de prestaciones del régimen de seguro primario en la que se indiquen las prestaciones que ha recibido o debe recibir por los gastos en cuestión.

~~a) — a indicar al Secretario Ejecutivo de la Caja el nombre de este régimen o servicio, y~~

~~b) — para toda solicitud de prestaciones que presente a la Caja, a proporcionar al Secretario Ejecutivo una declaración adjuntando pruebas escritas en las que se enumeren las prestaciones que ha recibido o debe recibir del régimen o servicio arriba mencionado, por los gastos en cuestión.~~

2. Cuando los gastos dan lugar al pago de prestaciones en virtud de otro régimen de protección de salud o por otro servicio de atención médica:

- a) si el asegurador directo solicita prestaciones de la Caja, los gastos darán lugar a prestaciones adicionales, a reserva de las limitaciones impuestas en el párrafo 3, y
- b) si el asegurador directo solicita prestaciones de otro servicio, los gastos no darán lugar a prestaciones adicionales ni se tendrán en cuenta para calcular el umbral.

3. La suma de las prestaciones pagadas por la Caja y de las otorgadas por el otro régimen de seguro de salud o por el servicio público de atención médica, no deberá en ningún caso (previa deducción de cualquier asignación que no esté destinada a cubrir gastos médicos) exceder del total de los gastos efectuados por el asegurado.

Artículo 2.10

Pago de las prestaciones

1. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 1.1, normalmente las prestaciones solo se pagarán al asegurado o a sus herederos. En circunstancias excepcionales, podrán pagarse a la persona que ha sufragado realmente los gastos cuyo reembolso se solicita.

2. Las prestaciones ~~serán pagaderas-deberían pagarse~~ cuando la persona asegurada haya recibido el tratamiento y haya pagado los gastos que den lugar al reembolso, a menos que ~~el Secretario Ejecutivo autorice el reembolso de una factura antes de su pago, teniendo en cuenta~~ el sistema de facturación aplicable en el país en el que se haya n producido ~~el~~ los gastos permita el pago diferido de las facturas. ~~Las facturas superiores a 1 000,00 dólares de los Estados Unidos que se abonen en efectivo no serán reembolsables a menos que así lo autorice excepcionalmente el Secretario Ejecutivo, teniendo en cuenta los requisitos específicos aplicables por los proveedores de servicios de salud en el país en el que se haya producido el gasto.~~

3. Normalmente, las personas aseguradas deberán proporcionar una prueba del pago respecto del cual solicitan el reembolso. Cuando la prueba del pago no se adjunte a la solicitud de reembolso, se podrá pedir a la persona asegurada que proporcione todos los justificantes necesarios.

4. Los recibos y facturas enviados a la Caja más de ~~24~~ 21-18 meses después de la fecha de su emisión o más de ~~27-24~~ meses después del fin del tratamiento al que se refieren no darán derecho a prestaciones de la Caja. Los recibos y facturas enviados a la Caja más de 9 meses después de que el asegurado se haya retirado de ella no se reembolsarán, cualquiera que sea la fecha del tratamiento al que se refieren o la fecha de su emisión.

5. Cuando existan dudas con respecto a la autenticidad o exactitud de una factura o en cuanto al derecho a prestaciones, estas no se pagarán mientras el asegurado no proporcione información que disipe satisfactoriamente dichas dudas.

6. Todas las sumas pagadas que excedan de las previstas en los presentes Estatutos serán reembolsadas a la Caja por el asegurado, en la forma establecida en el párrafo 2 del artículo 2.10 *bis*.

7. Las facturas superiores a 1 000,00 dólares de los Estados Unidos que se abonen en efectivo no serán reembolsables a menos que así lo autorice excepcionalmente el Secretario Ejecutivo, teniendo en cuenta los requisitos específicos aplicables por los proveedores de servicios de salud en el país en el que se haya producido el gasto.

Artículo 2.11

Suspensión y prescripción de derechos

1. El Comité de Administración podrá decidir la suspensión total o parcial del derecho de un asegurado a ciertas prestaciones si la persona asegurada no respeta las disposiciones de los presentes Estatutos y Reglamento Administrativo, también en el caso de que:

- a) la persona asegurada o una de las personas a su cargo protegidas por la Caja se niega a someterse a un examen médico ordenado por el Comité de Administración o por el Asesor Médico de la Caja, y
- b) la persona asegurada está atrasada en el pago de cotizaciones voluntarias.

2. A la espera de la decisión que tome el Comité de Administración en cualquiera de los casos a los que se hace referencia en el párrafo 1, el Secretario Ejecutivo podrá suspender provisionalmente el pago de las prestaciones en cuestión durante un periodo no superior a cuatro meses y en tal caso informará al respecto a la presidencia del Comité de Administración.

3. Se informará a la persona asegurada de toda decisión relativa a la suspensión del pago de sus prestaciones.

4. Si el Comité de Administración considera que es improbable que la situación que motiva la suspensión del pago de las prestaciones en cuestión se resuelva en un plazo razonable, podrá decidir que el derecho ha prescrito.

Artículo 5.6

Entrada en vigor de los Estatutos

Los presentes Estatutos entraron en vigor el 1.º de abril de 1969. En esta reimpresión se han incorporado todas las enmiendas aprobadas hasta el 627 de ~~octubre~~-agosto de ~~2024~~2025 de conformidad con el artículo 4.17.

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 PROFESIONAL¹				
1.1.	HONORARIOS MÉDICOS²	80 %	Sí		
	CONSULTA médica ambulatoria (médico general o especialista, incluido el psiquiatra) o en un centro hospitalario/clínico. <u>CONSULTA con un farmacéutico.</u>			<u>Lote de servicios de reconocimiento médico³.</u> <u>Lote de tratamientos de bienestar³.</u>	
	VISITA médica domiciliaria o en un establecimiento.				
	TRATAMIENTO aplicado por un médico.			Tratamiento con fines estéticos. <u>Tratamientos antienvjecimiento.</u> Tratamientos especificados en el código 1.7.	
	CONSULTA con un dietista.				Previa prescripción médica y sujeta a aprobación del Asesor Médico. 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.

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 anestelistas.	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.	
1.4	SERVICIOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS Realizadas o prescritas por un médico <u>o administradas (sin prescripción) por un farmacéutico.</u>	80 %	Si		<u>Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo.</u>
1.5.	TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL Prescrito por un médico y proporcionado por un terapeuta que posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer.	80 %	Sí	Tratamiento realizado por un terapeuta que no posea un título reconocido por la Administración del país en el que esté autorizado a ejercer. <u>Terapias o tratamientos que se consideran de carácter alternativo o complementario en el país en que se realizan.</u>	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de tratamientos reembolsables. Sujeto a una prescripción previa al inicio del tratamiento, <u>a menos que se indique lo contrario 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)		
1.7.	PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA Sesiones de psicoanálisis o psicoterapia dirigidas o prescritas por un médico <u>dispensadas por un psicoterapeuta, psicólogo o trabajador social clínico que posea un diploma reconocido por la administración del país en el que esté autorizado a ejercer.</u>	80 %	Sí	<u>Sesiones de tutoría.</u>	Sujeto a un máximo y a otras condiciones fijadas en el Reglamento Administrativo.
1.8.	<u>NUTRICIÓN</u> CONSULTA con un dietista <u>o nutricionista.</u>	<u>80 %</u>	<u>Sí</u>		Previa prescripción médica y sujeta a aprobación del Asesor Médico. Tratamientos reembolsables en caso de obesidad (índice de masa corporal >30), anorexia o trastornos metabólicos, <u>enfermedades del aparato digestivo, reacciones alérgicas o alergias alimentarias y malnutrición</u> , siempre que los prescriba un médico y se practiquen en un establecimiento reconocido, según corresponda.
2.7.	ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS CUBIERTA POR LOS CÓDIGOS 2.2 Y 2.3, O VINCULADA A UNA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	80 %	Si	<u>Tratamientos antienvjecimiento.</u> <u>Lote de servicios de reconocimiento médico³.</u> <u>Lote de tratamientos de bienestar³.</u>	
5.2.	APARATOS AUDITIVOS (Incluidos <u>los cargadores de audífonos, la adaptación de audífonos binaurales o monoaurales o lotes de servicios y el mantenimiento.</u>)	80 %	<u>Sí</u> No	Pilas. Gastos de envío. Seguro.	Sujeto a un máximo prescrito en el Reglamento Administrativo.

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)		
5.5.	OTROS APARATOS Prescritos por un médico, incluidos el mantenimiento, la entrega y la instalación.	80 %	Sí	Gastos de adquisición, de alquiler o de reparación de aparatos médicos auxiliares o de menor importancia.	Sujeto a la aprobación del Asesor Médico <u>y a otras condiciones prescritas en el Reglamento Administrativo.</u>
8.2	VACUNAS	100 %	No		Sujeto a las condiciones previstas en el Reglamento Administrativo, incluida la lista de vacunas reembolsables. Sujeto a prescripción médica.

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».

³ Lotes de servicios de reconocimiento médico o lotes de tratamientos de bienestar que presentan un conjunto integrado de servicios de carácter principalmente preventivo y no curativo.

Reglamento Administrativo

Artículo 1.6

(Personas a cargo protegidas voluntariamente)

1. Con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 2 que sigue, cuando una asignación familiar quede anulada retroactivamente, en virtud del Estatuto respectivo, se considerará que la persona a cargo interesada ha estado protegida voluntariamente desde la fecha en que se suprimió la asignación. El asegurado pagará a la Caja, desde esa misma fecha y de conformidad con el artículo 3.5, las cotizaciones que corresponden a la persona a cargo interesada. Las cotizaciones pagadas sobre el monto de la asignación familiar por el asegurado, así como por la organización que lo emplea durante dicho periodo, les serán reembolsadas. El asegurado podrá, mediante aviso previo a la Caja, interrumpir la protección voluntaria de la persona a cargo interesada, al finalizar el mes siguiente a aquel durante el cual ha sido informado de la anulación de la asignación familiar; a falta de dicho aviso previo, la protección continuará tal como está prevista en el artículo 1.6.

2. En los casos a los que se refiere el párrafo 1 y previa presentación de documentos que justifiquen que la persona a cargo en cuestión ha estado asegurada bajo otro régimen de seguro de salud desde la fecha de la anulación de la asignación, el asegurado podrá notificar a la Caja su renuncia a la protección para dicha persona a cargo con efecto retroactivo desde la misma fecha. El asegurado reembolsará a la Caja toda prestación pagada a título de esta persona a cargo durante el periodo de que se trate y la Caja reembolsará tanto al asegurado como a la organización que lo emplea sus partes respectivas de cotizaciones pagadas durante el mismo periodo sobre la base de la o las asignaciones familiares suprimidas.

3. Si bien las personas protegidas voluntariamente están cubiertas en principio por periodos de un año renovables, su protección cesará:

- a) cuando la persona asegurada deje de estar protegida, o
- b) cuando las condiciones estipuladas en el artículo 1.6 dejen de cumplirse (por ejemplo, cuando un hijo cumple los 30 años de edad, ~~se casa~~ u obtiene un empleo estable a tiempo completo).

4. En lo que se refiere a los hijos protegidos voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6.1, b) y a los padres o padres políticos protegidos voluntariamente de conformidad con el artículo 1.6.1, c), la Caja podrá exigir cada cierto tiempo a la persona asegurada que certifique que las condiciones estipuladas en este artículo se siguen cumpliendo.

Artículo 2.5.3

(Prestaciones adicionales)

1. El umbral para las prestaciones adicionales se fija para todo asegurado en el 25,0 por ciento del ingreso correspondiente anual, sujeto a lo siguiente:

- a) por «ingreso correspondiente» se entiende el ingreso sobre la base del cual se calcularán las cotizaciones de cada asegurado, de conformidad con las disposiciones aplicables de los artículos 3.2, 3.3 o 3.4 de los Estatutos. Sin embargo, en el caso de un/una funcionario/a que trabaja a tiempo parcial, el ingreso correspondiente se evaluará sobre la base de la remuneración por tiempo parcial, y no del ingreso que percibiría si estuviera trabajando a tiempo completo. El ingreso correspondiente anual se calculará multiplicando por 12 el ingreso correspondiente mensual;

- b) el umbral se fija una vez al año, el 1.º de enero, para todo el año civil sobre la base del ingreso del asegurado correspondiente al mes de enero;
- c) cuando la protección comience después del 1.º de enero, el umbral para el resto del año civil se basará en el ingreso del asegurado correspondiente al mes respecto del cual perciba la primera remuneración mensual completa, y
- d) cuando el asegurado se jubile en el transcurso del mes de enero, el umbral para el resto del año civil se basará en el ingreso pertinente correspondiente al mes en el que reciba el primer pago completo de la pensión.

2. La tasa de las prestaciones adicionales se fija en el 20,0 por ciento.

3. El Comité de Administración examinará periódicamente el monto del umbral y la tasa de las prestaciones adicionales, por lo menos una vez cada ~~dos-tres~~ años, al mismo tiempo que la revisión actuarial que se menciona en el artículo 3.10 antes de comenzar cada ejercicio económico de la OIT.

Artículo 2.10

(Pago de prestaciones)

1. Las prestaciones se pagarán ~~en principio~~ en la moneda del lugar de destino del funcionario o de la moneda de la cuenta en que el funcionario percibe su salario, si fuera distinta. Sin embargo, en circunstancias excepcionales, cuando gastos particularmente elevados obliguen a un asegurado a retirar fondos de otro país que no sea el de su lugar de destino, las prestaciones podrán pagarse en otra moneda.

2. Por delegación del Comité de Administración, el Secretario Ejecutivo podrá autorizar el reembolso de los recibos y las facturas presentados con posterioridad a los plazos indicados en el artículo 2.10.34 de los Estatutos. En esos casos, el miembro interesado deberá cursar una solicitud especial explicando los motivos del retraso.

3. El pago por adelantado de servicios o tratamientos adquiridos en forma de lote solo da lugar al reembolso una vez que se ha completado el servicio o tratamiento.

4. Para que una factura sea reembolsable debe incluir, como mínimo, el nombre del paciente, las fechas y los tipos de tratamiento recibido y el nombre del proveedor. La CSSP podrá solicitar la información adicional que juzgue necesaria para calcular la prestación debida.

Artículo 5.2

(Formularios y autorizaciones)

1. Las personas aseguradas deberán presentar sus solicitudes de ~~prestaciones-reembolso~~ por medio del formulario 937 de la OIT, «Solicitud de reembolso», 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 periodo 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.

4. Se facilitarán traducciones de las facturas y los documentos justificativos que no estén redactados en español, francés, inglés ni italiano. Las traducciones podrán ser realizadas por la persona asegurada.

Anexo I

(Baremo de Prestaciones)

Código 1.4

(Servicios de laboratorio y otras pruebas)

1. Son reembolsables los siguientes servicios de laboratorio u otras pruebas administradas por un farmacéutico:

- prueba de detección de amigdalitis/inflamación de la garganta;
- prueba de detección del cáncer colorrectal;
- prueba de detección de la COVID-19;
- prueba de detección de cistitis;
- prueba de detección de la gripe;
- prueba para evaluar los niveles de hierro en sangre.

Código 1.5

(Tratamiento de rehabilitación funcional)

1. a) Los gastos máximos aprobados se fijarán en 100,00 dólares de los Estados Unidos por sesión (las prestaciones ordinarias se limitarán a 80,00 dólares de los Estados Unidos por sesión). El número máximo de sesiones reembolsables será de 40 por persona protegida, tipo de tratamiento y año civil.

b) Podrá sobrepasarse el número de sesiones en caso de rehabilitación tras un accidente, una intervención quirúrgica importante, una enfermedad neuromuscular, 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 12 meses en todos los casos.

2. Solo los tratamientos que figuran a continuación son reembolsables:

- fisioterapia/kinesioterapia;
- ortofonía/logopedia;
- grafoterapia;
- ortóptica/optometría;
- ergoterapia;
- psicomotricidad;
- drenaje linfático (si el sistema linfático está afectado);
- podología/pedicura por razones médicas (no es necesaria prescripción).

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:

- 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). A los fines de este párrafo, se comparará el principio activo del medicamento y no solo el nombre comercializado.

5. Si un tamaño o dosis de un medicamento da derecho a prestaciones de la Caja, todos los tamaños o dosis del mismo medicamento darán derecho a prestaciones de la Caja.

Código 4

(Atención odontológica)

1. Los gastos máximos aprobados se fijarán en 1 500,00 dólares de los Estados Unidos por persona y año civil (las prestaciones ordinarias serán de 1 200,00 dólares de los Estados Unidos).

2. 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 4 500,00 dólares de los Estados Unidos (las prestaciones ordinarias máximas se fijarán en 3 600,00 dólares de los Estados Unidos).

3. 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;
- iv) injertos óseos no relacionados con la atención odontológica;
- v) tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular;
- vi) tratamiento de la agenesia dental congénita.

4. En caso de tratamiento de ortodoncia, si el proveedor no puede emitir las facturas de acuerdo con las fechas del tratamiento y la persona asegurada ha presentado una factura que comprende todo el periodo de tratamiento de ortodoncia antes de su conclusión, la CSSP podrá efectuar reembolsos periódicos contra la factura.

Código 5.2

(Aparatos auditivos)

Los gastos aprobados se fijarán en 3 750,00 dólares de los Estados Unidos por oído en el periodo de ~~tres~~ cinco años civiles (las prestaciones ordinarias se limitarán a 3 000,00 dólares de los Estados Unidos por oído).

Código 5.5

(Otros aparatos)

La CSSP podrá, previa consulta con el Asesor Médico de la CSSP, limitar las cantidades de aparatos médicos reembolsables.

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 500,00 dólares de los Estados Unidos por trayecto.

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;
- la incapacidad física.

Código 8.1

(Exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección)

1. Solo los exámenes que se indican a continuación son reembolsables 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 100,00 dólares de los Estados Unidos;
- prueba de detección de las hepatitis B y C, hasta un gasto máximo aprobado de 100,00 dólares de los Estados Unidos;
- prueba de detección prenatal para diagnosticar enfermedades congénitas o afecciones graves.

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

4. Los análisis de sangre, las ecografías y las visitas al médico de carácter ordinario durante el embarazo no entran dentro de los exámenes preventivos, tratamientos preventivos y pruebas de detección y se reembolsarán al 80 por ciento.

Código 8.2

(Vacunas)

~~1. Las vacunas que se enumeran a continuación son reembolsables en su totalidad:~~

- ~~• vacuna antigripal;~~
- ~~• 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.~~

2.—El costo ~~del servicio médico o de enfermería~~ de la inyección, si se factura por separado, se reembolsará al 80 por ciento.