



2020-2021

Manual de beneficios del Seguro Nacional de Salud

El seguro de salud cuida tu bienestar de por vida

National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare



Índice



1	El Seguro Nacional de Salud: Beneficios de atención médica garantizados de por vida 06
	Qué es el Seguro Nacional de Salud 06
	El Acta del Seguro Nacional de Salud estipula que todas las personas deben afiliarse 07
	Credencial de identificación personal: el carné del seguro de salud 07
2	Cómo afiliarse 08
	Taiwaneses con residencia en Taiwán 08
	Personas de Hong Kong, Macao u otros países que residen en Taiwán 13
3	Situaciones especiales 16
	Pérdida de la calificación como afiliado 16
	Cómo reafiliarse después de haberse discontinuado la afiliación 16
	Taiwaneses que retoman el seguro después de vivir en el exterior por largo tiempo 17
	Circunstancias en las que debe cancelarse la afiliación 18
	Qué hacer si se sale del país por más de 6 meses 19
Afiliación de presidiarios 21	
4	Principios y cálculo de la cuota 22
	De dónde proviene el dinero cuando se atiende con el carné del seguro 22
	Cálculo de la cuota 23
	Cuota básica 23
	Cuota complementaria 29



5

Formas de pago de la cuota	35
Dónde consultar las dudas sobre el cálculo de la cuota	35
Deducción de impuestos	35
Cómo solicitar el comprobante de pago de las cuotas del seguro de salud	36
Formas de pago de la cuota	37
Qué hacer si olvidó pagar o si los fondos de su cuenta de transferencia son insuficientes	40

6

Cobertura médica	41
Consultas externas y derivaciones	41
Cómo se realiza la derivación	43
Cobertura para un mismo tratamiento	45
Emergencias	47
Internación	48
Internación domiciliaria	49
Cuidado de hospicio	51
Atención integral domiciliaria	53
Atención integral de médicos de cabecera	54
Optimización del pago de gastos médicos	55

7

Cómo obtener atención médica con la cobertura	58
Recuerde llevar el carné cuando vaya al médico	58
Recuerde retirar la receta al terminar la consulta	59
Recuerde agendar los turnos dentro de los plazos	59
Reglas para las derivaciones	61
Coseguros	62
Recibo de pago y detalle de gastos médicos y medicamentos	67
Si necesita pagar de su bolsillo, el médico debe avisarle antes	68
Pago de diferencia para dispositivos especiales	70
Consultas y reclamos	79
Solicitud de resolución de controversias	79



Índice



8

Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro 81

Funciones del carné	81
Actualización del carné	83
¿Puede filtrarse la información médica personal del carné?.....	84
Preservación del carné	85
Cómo solicitar el primer carné para recién nacidos o extranjeros	85
Qué hacer si el carné se rompe, se pierde, o si debe cambiar el nombre o la foto	86
Qué hacer cuando el carné no funciona aunque no esté deteriorado	90

9

Beneficios para pacientes con afecciones especiales 92

Enfermedades crónicas (recetas con reposición)	92
Enfermedades graves	95
Lesiones o enfermedades laborales	96
Enfermedades raras	99

10

Facilitación de la atención médica a poblaciones necesitadas 100

Subsidio de la cuota para poblaciones vulnerables	100
Qué hacer si temporalmente no puede pagar la cuota o los coseguros	104
Reactivación de los carnés y refuerzo del cobro de cuotas atrasadas para garantizar los beneficios médicos	108
Reducción del costo de los coseguros para pacientes específicos	108
Elevación del límite mínimo de deducción de cuota complementaria para grupos vulnerables	109
Mejoras en los lugares con recursos médicos insuficientes	109



11

Sistema de información médica en la nube 111

Qué es NHI MediCloud? 111

Ventajas de NHI MediCloud para la población 112

Se puede usar NHI MediCloud en cualquier entidad médica asociada 113

12

Reembolso de gastos médicos 115

Plazos para solicitar el reembolso 116

Documentación requerida 117

Cómo solicitarlo 120

Topes de reembolso 121

13

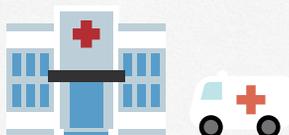
Simplificación de trámites para la población 124

Servicios interdepartamentales 124

Mejoras en los trámites 125

Cuidado proactivo para la población vulnerable 127

Apéndice 128





1

El Seguro Nacional de Salud: Beneficios de atención médica garantizados de por vida

Cuando esté enfermo, no olvide que no solo dispone de nuestro personal médico y de enfermería, sino de un seguro de salud universal (en lo sucesivo denominado “Seguro Nacional de Salud”) que lo acompañará. El Seguro Nacional de Salud fue fundado el 1 de marzo de 1995 con el objetivo de que toda la población goce de una protección para su salud.

Qué es el Seguro Nacional de Salud

El Seguro Nacional de Salud es un seguro obligatorio para toda la población desde el nacimiento. Se trata de un sistema solidario en el que todos los afiliados pagan una cuota reglamentada, que recauda el gobierno para pagarle una parte de los gastos médicos al centro





médico respectivo cuando una persona se enferma. De esta manera, cuando alguien contrae una enfermedad, puede recibir una atención médica apropiada sin necesidad de gastar tanto dinero.

Es decir que, abonando puntualmente la cuota del Seguro Nacional de Salud, usted no solo se ayuda a sí mismo cuando se enferma, sino que también recibe ayuda de los demás, y viceversa.

El Acta del Seguro Nacional de Salud estipula que todas las personas deben afiliarse

El Seguro Nacional de Salud es un seguro social obligatorio. De acuerdo con la legislación vigente, todas las personas registradas como residentes permanentes en Taiwán, tanto los nativos como los extranjeros con certificado de residencia, sin importar la edad, sexo, o si tienen trabajo o no, deben estar afiliados. Además, la cobertura es de por vida: a menos que el afiliado ya no cuente con las calificaciones de afiliación (por ejemplo, en caso de desaparición, renuncia a la ciudadanía, residencia en el exterior o vencimiento del periodo de residencia), debe permanecer desde el nacimiento hasta la muerte, sin posibilidad de renunciar voluntariamente.

Credencial de identificación personal: el carné del seguro de salud

Cada nuevo afiliado debe solicitar su carné, que utilizará como credencial cuando asista a algún centro médico para atenderse. Por favor, asegúrese de realizar el trámite.





2

Cómo afiliarse

Taiwaneses con residencia en Taiwán

Todas las personas que tienen registrada su residencia en Taiwán deben afiliarse al Seguro Nacional de Salud una vez cumplidos los 6 meses de estadía (los que están actualmente empleados y el personal de agencias gubernamentales que cumple funciones en el exterior, así como sus cónyuges e hijos, no tienen esta restricción de 6 meses; los recién nacidos en territorio taiwanés para quienes se ha tramitado el certificado de nacimiento tienen cobertura desde su fecha de nacimiento). Los afiliados al Seguro Nacional de Salud se clasifican en seis categorías, y la forma de afiliación varía según el estatus del individuo. La afiliación no se puede discontinuar: aunque el afiliado se encuentre desempleado o inactivo durante un proceso de cambio de empleo, siempre y cuando mantenga la residencia, deberá continuar abonando el seguro de acuerdo con su estatus.





Por favor, afíliese de acuerdo con la categoría que le corresponda

Si usted corresponde a las categorías 1 o 2, no puede seleccionar entre 3 y 5; si corresponde a la 3, no puede seleccionar entre 4 y 5; y si corresponde a la 4, no puede seleccionar la 5:

1. Si usted es empleado de una empresa u organización, el trámite de afiliación debe realizarlo la institución para la cual trabaja.
2. Si usted es el titular responsable de una empresa, debe establecer una unidad de afiliación para afiliarse usted, empleados y familiares.
3. Si usted es miembro de un sindicato de trabajadores o una asociación de agricultores o pescadores, la afiliación debe realizarla el sindicato o asociación respectiva (al mismo tiempo, los miembros de dichos sindicatos o asociaciones deben preferentemente afiliarse al seguro en dichas organizaciones).
4. Si usted no tiene trabajo pero, conforme a la ley, puede adherirse al seguro de un cónyuge o familiar directo, debe dirigirse a la unidad de afiliación de su cónyuge o familiar directo y tramitar la afiliación como familiar dependiente (si los familiares a los que puede adherirse son dos o más, debe hacerlo con el más cercano).
5. Si usted no tiene trabajo y tampoco posee un cónyuge o familiar directo al que pueda adherirse, entonces su unidad de afiliación será la oficina administrativa correspondiente a la dirección registrada de domicilio. Por favor, acérquese personalmente allí para tramitar la afiliación.

Bebés

Los recién nacidos, una vez tramitado el certificado de nacimiento, de acuerdo con la legislación vigente se convierten en familiares dependientes del padre o de la madre (aquel que tenga trabajo, o el



2 Cómo afiliarse

que elijan en caso de que ambos lo tengan) a partir de la fecha de nacimiento. La afiliación debe realizarse en la unidad de afiliación del familiar que corresponda, en carácter de familiar dependiente. La afiliación de bebés de padres taiwaneses nacidos en el exterior sólo puede tramitarse cumplidos los 6 meses de vigencia de la residencia legal en Taiwán.

Estudiantes

1. Sin ocupación

- (1) Si usted todavía está estudiando en una institución educativa y no tiene trabajo, debe afiliarse en carácter de “familiar dependiente” de su padre o madre, adhiriéndose a uno de ellos. Para calificar, debe estar registrado formalmente como estudiante y asistir a una institución educativa pública dentro del país, o una institución educativa privada admitida por organismos pertinentes del Ministerio de Educación, o una institución educativa extranjera aprobada; los estudiantes de 20 años o más deben presentar un certificado de asistencia escolar.
- (2) Si no tiene la posibilidad de adherirse a uno de sus padres, de igual modo puede afiliarse en carácter de “familiar dependiente” de un abuelo o abuela paterno/a o materno/a; si no tiene abuelos a los que pueda adherirse, debe dirigirse a la oficina pública correspondiente a su domicilio registrado para afiliarse como titular de seguro.
- (3) Los graduados de una institución educativa y los retirados del servicio militar que estén desocupados pueden afiliarse en carácter de familiar dependiente de uno de sus padres o abuelos dentro del periodo de un año desde la fecha del fin de curso de graduación, o dentro del periodo de un año a partir del retiro o fin del adiestramiento del servicio militar.



Extensión de la cobertura para estudiantes mayores de 20 años

Los estudiantes que superen los 20 años de edad y no tengan trabajo por estar estudiando, o que todavía no tengan la capacidad para ganarse la vida, deben permanecer adheridos a uno de sus padres o abuelos. Para ello, a finales del mes en el que cumplen los 20 años, la unidad de afiliación correspondiente tiene que completar el formulario de extensión del seguro y enviarlo a la división encargada de la Oficina Central del Seguro de Salud a la que responde. La unidad de afiliación tiene que examinar detalladamente la documentación que certifica las causas de la extensión del seguro remitida por el afiliado.

2. Estudiantes que trabajan

Los estudiantes que tienen trabajo fijo deben ser afiliados por la empresa para la cual trabajan, en carácter de empleados.

3. Trabajos temporarios en vacaciones de verano o invierno (sin superar los 3 meses)

Si usted sólo trabaja en vacaciones de verano o invierno por no más de 3 meses, y una vez que comienzan las clases vuelve a estudiar por tiempo completo, entonces durante el tiempo en que esté trabajando puede elegir mantener la afiliación con su estatus original.

Personas con trabajo

Para el caso de los trabajadores, la empresa u organización a la que prestan servicios debe tramitar la afiliación:

1. Responsable de una empresa

Debe establecer por sí mismo una unidad de afiliaciones para realizar la afiliación; si tiene otro trabajo principal, entonces puede hacer la afiliación en la empresa o entidad donde realiza su actividad principal, pero no puede hacerlo en carácter de titular responsable.



2 Cómo afiliarse

2. Trabajador de empresa con empleador fijo

La afiliación es realizada por el empleador.

3. Trabajador sin un empleador fijo

Si es miembro de un sindicato de trabajadores o una asociación de agricultores o pescadores, o realiza concretamente trabajos de agricultura o pesca, entonces la afiliación debe ser realizada por el sindicato o asociación respectiva.

4. Tiene dos tipos de trabajo al mismo tiempo

Debe tomar su trabajo principal para afiliarse (use como criterio el trabajo que le ocupe mayor tiempo real; si es igual, tome como referencia la mayor remuneración).

5. Trabajador con sueldo suspendido (sin hijos a cargo)

Con el consentimiento de la unidad de afiliación que venía realizando sus aportes, puede mantener la afiliación en el mismo rango de aporte monetario, abonándole mensualmente la suma correspondiente a la unidad de afiliación. Si la unidad de afiliación decide no mantener la afiliación, entonces debe adherirse a la afiliación de un cónyuge o familiar directo que tenga trabajo; si no posee el estatus de familiar dependiente, debe dirigirse a la oficina correspondiente a su domicilio para realizar la afiliación.

6. Afiliado que solicita permiso por maternidad/paternidad para mantener el trabajo con suspensión de sueldo de acuerdo con la legislación laboral de igualdad de género

Puede optar por abonar el cargo que le corresponde en la misma unidad de afiliación, manteniendo el mismo rango de aporte monetario. El cupón de pago será enviado por la Administración del Seguro Nacional de Salud para que el afiliado pueda realizar el pago, cuyo vencimiento podrá diferirse hasta 3 años. Si prefiere retirarse de la unidad de afiliación, deberá adherirse al seguro de un cónyuge con trabajo como familiar dependiente; si no cuenta con



el estatus de familiar dependiente, entonces deberá dirigirse a la oficina correspondiente a su domicilio para realizar la afiliación.

Desocupados

1. Las personas que no tienen trabajo y califican como familiares dependientes deben adherirse al seguro de un cónyuge o familiar directo que tenga trabajo.
2. Si no tiene un cónyuge o familiar directo al que pueda adherirse, deberá dirigirse a la oficina administrativa que corresponda a su domicilio y afiliarse como “población regional”.
3. Veteranos sin empleo y familiares dependientes de veteranos fallecidos deben dirigirse a la oficina administrativa correspondiente a su domicilio para afiliarse en carácter de “veterano”.

Personas de Hong Kong, Macao u otros países que residen en Taiwán

De acuerdo con el Acta del Seguro Nacional de Salud, los extranjeros que cuenten con certificado de residencia dentro del área de Taiwán (incluidos aquellos de Hong Kong, Macao y China Continental) deben afiliarse desde el día en que son empleados en forma fija, o bien a partir de los 6 meses de estadía en Taiwán (6 meses continuos o la sumatoria de seis meses netos dentro del territorio de Taiwán si en el medio realizó un viaje al exterior por no más de 30 días, en cuyo caso se descuenta el tiempo transcurrido fuera). A partir del 1 de diciembre de 2017, los bebés extranjeros nacidos en territorio taiwanés que posean certificado de residencia deben ser afiliados desde el día de su nacimiento. Además, desde el 8 de febrero de 2018, los cónyuges de los profesionales extranjeros que son contratados para realizar trabajo profesional en Taiwán, así como sus hijos menores de edad e hijos mayores de 20 años que por problemas físicos o mentales no puedan hacerse cargo de sí mismos, una vez



2 Cómo afiliarse

recibido el certificado de residencia deben afiliarse adhiriéndose al seguro del profesional desde el día en que reciben el certificado de residencia.

1. Estudiante extranjero (incluidos de Hong Kong y Macao)

- (1) Puede gestionar la afiliación a través de la institución educativa donde estudia. Antes de recibirse, abandonar o suspender los estudios para irse del país, debe tramitar la renuncia al seguro ante la misma institución educativa.
- (2) Después de recibirse, si permanece en Taiwán antes de que expire la residencia o mediante una extensión de la misma autorizada por la Agencia Nacional de Migraciones (bajo el Ministerio de Interior), debe mantener su afiliación al seguro acorde a su estatus legal.

2. Empleado fijo

Debe ser afiliado por el empleador desde el día el primer día de empleo.

3. Desempleado que puede adherirse al seguro de un cónyuge o familiar directo como familiar dependiente

Debe adherirse al seguro a partir de cumplidos 6 meses de residencia, a través de la unidad de afiliación correspondiente al respectivo cónyuge o familiar directo.

4. Desempleado que no puede afiliarse adherido a un familiar como dependiente

Una vez cumplidos 6 meses de residencia, debe dirigirse a la oficina administrativa correspondiente a su domicilio para realizar la afiliación.

5. Responsable de una empresa

Una vez cumplidos 6 meses de residencia, debe afiliarse en la misma empresa.



6. Bebé extranjero nacido en Taiwán

El artículo 9 inciso 3 del Acta del Seguro Nacional de Salud estipula que, desde el 1 de diciembre de 2017, los bebés nacidos en territorio taiwanés que posean certificado de residencia deben estar afiliados desde el día de nacimiento.

7. Familiares dependientes de un profesional extranjero contratado

De acuerdo con el Acta para el Reclutamiento y Contratación de Profesionales Extranjeros, cuya implementación rige a partir del 8 de febrero de 2018, los cónyuges de los profesionales extranjeros contratados para realizar trabajos profesionales en Taiwán, así como sus hijos menores y aquellos mayores de 20 años que, por limitaciones físicas o mentales, no pueden depender de sí mismos, deben adherirse al seguro de dicho profesional desde el día en que reciben el certificado de residencia.





3

Situaciones especiales

Pérdida de la calificación como afiliado

Las personas que se encuentran en las situaciones listadas abajo no pueden afiliarse. Quienes ya están afiliados deben renunciar al seguro:

1. Quien desaparece por más de 6 meses: si la desaparición se debe a una catástrofe, puede ser retirado del seguro desde la fecha de dicho acontecimiento.
2. Quien fallece, pierde la nacionalidad de la República de China, transfiere su residencia al exterior o se le vence el periodo de residencia.

Cómo reafiliarse después de haberse discontinuado la afiliación

Si por haber cambiado de trabajo, modificado su estatus, cambiado su dirección de residencia u otras razones se ha discontinuado su





afiliación al seguro, le sugerimos que actualice su afiliación lo antes posible, para evitar que tenga que realizar pagos adelantados de su bolsillo cuando necesite ir al médico. A continuación se indican los respectivos trámites de actualización de la afiliación:

1. Si se ha discontinuado su afiliación y usted es empleado de una empresa u organización, debe actualizar su afiliación a través de su empleador.
2. Si se ha discontinuado su afiliación y usted es miembro de un sindicato o de una asociación de agricultores o pescadores, debe actualizar su afiliación a través del sindicato o asociación a los que pertenece.
3. Si se ha discontinuado su afiliación y está desempleado, pero puede adherirse legalmente al seguro de un familiar que tiene trabajo, debe dirigirse a la unidad de afiliación de su cónyuge o familiar directo y actualizar su afiliación a “familiar dependiente”.
4. Si se ha discontinuado su afiliación, está desempleado y tampoco tiene la posibilidad legal de adherirse al seguro de un cónyuge o familiar directo, por favor, diríjase a la oficina administrativa correspondiente a su domicilio para realizar la actualización.

Taiwaneses que retoman el seguro después de vivir en el exterior por largo tiempo

Los taiwaneses que han vivido en el exterior por más de dos años, en caso de que se haya removido el registro de residencia, necesitan registrar nuevamente su residencia para poder tramitar la afiliación al Seguro Nacional de Salud. Una vez recuperada la residencia, quienes tengan un trabajo fijo o aquellos que estuvieron afiliados previamente y no hayan superado los dos años de ausencia, podrán reafiliarse en el momento; caso contrario, deberán cumplir 6 meses después de registrar su residencia para poder reincorporarse.



3 Situaciones especiales

1. Aquellos que hayan residido en el exterior por menos de dos años, siempre y cuando mantengan la residencia en Taiwán, están calificados y deben afiliarse al seguro de acuerdo con las normas vigentes.
2. Aquellos que no hayan cumplido dos años a partir de la fecha en que se dieron de baja del seguro, por haber trasladado su residencia al exterior, pueden afiliarse de inmediato una vez que tengan su residencia registrada nuevamente en Taiwán.
3. Aquellos que hayan sobrepasado los dos años desde que se dieron de baja del seguro, por haber trasladado su residencia al exterior, deberán esperar 6 meses después de registrar nuevamente la residencia en Taiwán, para poder afiliarse.

Circunstancias en las que debe cancelarse la afiliación

1. Afiliado que desaparece por menos de 6 meses.

- (1) Si un familiar completa el formulario de cancelación, el seguro cesa desde el mes de la desaparición.
- (2) Documentación probatoria: comprobante de recibo por triplicado de la denuncia por desaparición realizada en una estación de policía.
- (3) Una vez tramitada la cancelación del seguro por desaparición, los familiares dependientes del afiliado desaparecido deberán reafiliarse con otro estatus.

2. Afiliado que va a salir de Taiwán por seis meses o más y elige tramitar la cancelación. Si previamente ya había retomado el seguro después de una cancelación anterior, deberá cumplir tres meses con la cobertura antes de poder cancelarla otra vez.

- (1) Si regresa al país antes de cumplirse los 6 meses afuera, deberá anular la baja solicitada y abonar las cuotas impagas.



- (2) Los familiares dependientes adheridos al afiliado que tramitó la baja para salir del país deberán reafiliarse con otro estatus, a menos que obtengan el consentimiento de la unidad de afiliación que gestionaba su seguro para continuar la cobertura en dicha unidad.

Qué hacer si se sale del país por más de 6 meses

Si usted va a salir del país por más de 6 meses, puede mantener la cobertura o tramitar la baja:

1. Para continuar afiliado al seguro

No necesita solicitarlo. Siempre y cuando continúe abonando la cuota mientras se encuentre fuera del país, podrá seguir gozando de la cobertura. Si estando en el exterior le ocurre alguna emergencia por una lesión, enfermedad o parto que requieren el pago de tratamientos médicos, puede solicitar el pago contra reembolso (ver el capítulo XII para más información).

2. Para tramitar la baja

- (1) Debe completar y remitir un “Formulario de baja del seguro” antes de irse del país. Durante el periodo en el exterior dejará de abonar la cuota y no podrá gozar de la cobertura. En caso de que usted no pueda solicitar la baja por sí mismo, puede designar a un familiar o amigo para que lo haga por usted; la persona designada deberá llevar los datos del documento de identificación personal del representado y el propio. La Administración del Seguro Nacional de Salud ya ha habilitado la afiliación bajo la “categoría 6” (población regional desempleada afiliada en oficinas públicas), mediante la cual, simplemente con el Certificado Digital de Ciudadanía o el carné del seguro, puede tramitar la baja o reanudación del seguro en forma on-line, accediendo al sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud → Servicios → Mostrador on-line de Admisión → “Servicios de información



3 Situaciones especiales

personal online”, o bien utilizado el “Mostrador móvil” de la aplicación “Acceso móvil al Seguro Nacional de Salud”.

- (2) Durante el periodo en que esté dado de baja no necesita abonar la cuota. Una vez que regrese a Taiwán, recuerde tramitar la reanudación del seguro desde el día de su llegada, para poder gozar de los servicios y beneficios médicos de la cobertura. Atención: si regresa al país antes de cumplirse los 6 meses, deberá anular la baja y abonar las cuotas impagas desde la baja hasta el reingreso al país.
- (3) La fecha de baja del seguro que se considera para aquellos que solicitan la baja desde el exterior es la correspondiente al día de recepción del formulario de baja del seguro enviado a la Administración del Seguro Nacional de Salud. La fecha de baja no puede retrotraerse hasta el día de salida del país. Después de regresar al país, tampoco puede retrotraer la fecha para gestionar nuevamente la baja o solicitar la devolución de las cuotas abonadas durante el periodo de estadía fuera del país. Además, una vez gestionada la baja, no podrá tramitar la reincorporación ni solicitar pago contra reembolso de gastos médicos mientras se encuentre en el exterior; solo después de reingresar al país, una vez tramitada la reincorporación y abonada la cuota podrá gozar nuevamente de la cobertura.
- (4) Aquellos que ya gestionaron la baja para salir del país, si después de regresar al país y reincorporarse desean solicitar nuevamente la baja, deberán esperar 3 meses.

Cómo gestionar la “Baja por salida del país” y la “Reincorporación por regreso al país”

Para gestionar la baja, su unidad de afiliación debe completar el “Formulario de baja de afiliado”, especificando la visa, pasaje



de avión y demás documentos relevantes, y remitirlo a la división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud que le corresponda. Si el formulario es enviado antes de que el afiliado salga del país, la baja se contará desde el mes de partida; si lo envía después, la baja entrará en vigor desde el mes en que fue enviado

Si, después de gestionar la baja, la causa de la baja desaparece -por ejemplo, por regresar al país-, el día de regreso debe reincorporarse al seguro. Por favor, en el plazo de 3 días, a través de su unidad de afiliación complete el “Formulario de reincorporación” y envíelo junto con un certificado de entrada y salida del país (o fotocopia de todo el pasaporte) a la división de la Administración del Seguro Nacional de Salud que corresponda a su unidad de afiliación. Aquellos que no tramiten la reincorporación a tiempo deberán pagar en retroactivo las cuotas del seguro desde la fecha de ingreso al país.

Afiliación de presidiarios

Para mejorar la situación del acceso a atención médica de los presidiarios, desde el 1 de enero de 2013 se ha incorporado al Seguro Nacional de Salud a los reclusos de las instituciones correccionales (aquellos que cumplen condenas penales o correccionales, o están detenidos por medidas precautorias por más de dos meses en instituciones correccionales). Dado que los reclusos tienen su libertad restringida por haber cometido delitos, el lugar y la forma para recibir atención médica también lo están. Por eso, para garantizar su derecho de recibir atención médica, la misma debe brindarse preferentemente en consultorios dentro de las instalaciones del correccional. Los pacientes que necesitan ser transferidos, recibirán la atención médica bajo custodia.



4

Principios y cálculo de la cuota

De dónde proviene el dinero cuando se atiende con el carné del seguro

Los recursos financieros principales del Seguro Nacional de Salud provienen de los ingresos de las cuotas. Y las cuotas son abonadas conjuntamente por tres partes: la población en general, los empleadores y el gobierno. Las cuotas que cobra la Administración del Seguro Nacional de Salud ayudan a pagar los gastos de atención médica de la población.

Vale recalcar que el dinero ingresado por las cuotas se destinan exclusivamente a los gastos de atención médica de la población. Mientras que los gastos administrativos, sueldo de personal, etc. del Seguro Nacional de Salud recaen por completo en el gobierno, no tienen incidencia alguna en la cuota.

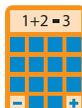




Cálculo de la cuota

Cuota básica

Para las categorías de afiliados 1, 2 y 3 se toma la base salarial como base de cálculo. Para el cálculo de las categorías 4, 5 y 6 se toma el promedio de las categorías 1, 2 y 3.



$$1 + 2 = 3 \%$$

Fórmulas de cálculo:

Categoría 1		Afiliado	Base salarial x tasa de seguro x tasa de contribución x (1 + cantidad de familiares dependientes)
		Unidad de afiliación y gobierno	Base salarial x tasa de seguro x tasa de contribución x (1 + promedio de familiares dependientes)
Categorías 2 y 3		Afiliado	Base salarial x tasa de seguro x tasa de contribución x (1 + cantidad de familiares dependientes)
		Gobierno	Base salarial x tasa de seguro x tasa de contribución x número real de afiliados
categoría 6	Veteranos y familiares dependientes de veteranos fallecidos	Afiliado	Cuota promedio x tasa de contribución x cantidad de familiares dependiente
		Gobierno	Cuota promedio x tasa de contribución x número real de afiliados
	Poblaciones regionales	Afiliado	Cuota promedio x tasa de contribución x (1 + cantidad de familiares dependientes)
		Gobierno	Cuota promedio x tasa de contribución x número real de afiliados

Aclaraciones:

1. Tasa de contribución: ver “Tasa de contribución de cuota estándar” en la página siguiente.



4 Principios y cálculo de la cuota

- Desde enero de 2016, la tasa de seguro estándar es de 4,69%
- Monto asegurado: ver “Clasificación de montos asegurados” en la página siguiente.
- Cantidad de familiares dependientes: si supera las 3 personas, se cuenta siempre como 3.
- Promedio de familiares dependientes: a partir del 1 de enero de 2020 será de 0,58 personas.
- A partir de enero de 2020, la cuota promedio de las categorías 4 y 5 será de 1.785 \$NT y será subsidiada en su totalidad por el gobierno.
- Desde abril de 2010, la cuota promedio de las poblaciones regionales de la categoría 6 es 1.249 \$NT, el 60% de la cual queda a cargo del afiliado (749 \$NT mensuales) y el 40% es subsidiado por el gobierno.

Tabla de tasas de contribución de las cuotas estándar

Clasificación de los afiliados			Tasa de contribución (%)		
			Afiliado	Unidad de afiliación	Gobierno
Categoría 1	Funcionarios públicos	El afiliado y sus familiares dependientes	30	70	0
	Empleados públicos y soldados voluntarios	El afiliado y sus familiares dependientes	30	70	0
	Profesores y personal de escuelas privadas	El afiliado y sus familiares dependientes	30	35	35
	Empleados fijos de instituciones y organizaciones públicas y privadas	El afiliado y sus familiares dependientes	30	60	10
	Empleadores	El afiliado y sus familiares dependientes	100	0	0
	Trabajadores por cuenta propia	El afiliado y sus familiares dependientes	100	0	0



Clasificación de los afiliados			Tasa de contribución (%)		
			Afiliado	Unidad de afiliación	Gobierno
Categoría 1	Profesionales y técnicos independientes.	El afiliado y sus familiares dependientes	100	0	0
Categoría 2	Miembros de sindicatos	El afiliado y sus familiares dependientes	60	0	40
	Tripulaciones extranjeras	El afiliado y sus familiares dependientes	60	0	40
Categoría 3	Miembros de asociaciones de agricultores, pescadores e irrigadores	El afiliado y sus familiares dependientes	30	0	70
Categoría 4	Conscriptos	El afiliado	0	0	100
	Estudiantes becados por la Escuela Militar, familiares dependientes de militares que cumplen funciones en China continental y familiares dependientes de veteranos o militares fallecidos en cumplimiento del deber	El afiliado	0	0	100
	Conscriptos del servicio militar alternativo	El afiliado	0	0	100
	Presidarios	El afiliado	0	0	100
Categoría 5	Hogares de bajos ingresos	Los miembros	0	0	100
Categoría 6		El afiliado	0	0	100
	Veteranos y familiares dependientes de veteranos fallecidos	Los familiares dependientes	30	0	70
	Poblaciones regionales	El afiliado y sus familiares dependientes	60	0	40



4 Principios y cálculo de la cuota

Tabla de clasificación de bases salariales de afiliación

Diferencial de rango salarial	Nivel de seguro	Base salarial mensual de afiliación (SNT)	Salario mensual real (SNT)	Diferencial de rango salarial	Nivel de seguro	Base salarial mensual de afiliación (SNT)	Salario mensual real (SNT)
Grupo 1 900 SNT	1	23.800	Menos de 23.800	Grupo 6 3000 SNT	22	60.800	57.801-60.800
					23	63.800	60.801-63.800
					24	66.800	63.801-66.800
					25	69.800	66.801-69.800
					26	72.800	69.801-72.800
Grupo 2 1200 SNT	2	24.000	23.801-24.000	Grupo 7 3700 SNT	27	76.500	72.801-76.500
					28	80.200	76.501-80.200
					29	83.900	80.201-83.900
					30	87.600	83.901-87.600
					31	92.100	87.601-92.100
Grupo 3 1500 SNT	3	25.200	24.001-25.200	Grupo 8 4500 SNT	32	96.600	92.101-96.600
					33	101.100	96.601-101.100
					34	105.600	101.101-105.600
					35	110.100	105.601-110.100
					36	115.500	110.101-115.500
Grupo 4 1900 SNT	4	26.400	25.201-26.400	Grupo 9 5400 SNT	37	120.900	115.501-120.900
					38	126.300	120.901-126.300
					39	131.700	126.301-131.700
					40	137.100	131.701-137.100
					41	142.500	137.101-142.500
Grupo 5 2400 SNT	5	27.600	26.401-27.600	Grupo 10 6400 SNT	42	147.900	142.501-147.900
					43	150.000	147.901-150.000
					44	156.400	150.001-156.400
					45	162.800	156.401-162.800
					46	169.200	162.801-169.200
	6	28.800	27.601-28.800		47	175.600	169.201-175.600
					48	182.000	Más de 175.601

Vigente desde 1/1/2020



Principios para la deducción de una cuota estándar

1. La cuota se calcula mensualmente. El mes en que el afiliado se incorpora al seguro se paga completo; y el mes en que se da baja no se paga.
2. En el mes de incorporación, si no existe un registro previo de baja del seguro, la unidad de afiliación deducirá la cuota del mes entero.
3. A menos que la baja previa se haya realizado el último día del mes, en caso de que una baja y posterior reincorporación del afiliado tengan lugar en el mismo mes, la unidad de afiliación anterior no debe deducir la cuota.
4. Para aquellos que registren la baja del seguro el último día del mes, a menos que la unidad de afiliación indique puntualmente que el afiliado no cobró el salario completo de ese mes, la baja registrará a partir del primer día del mes siguiente. La Administración del Seguro Nacional de Salud le cobrará a la unidad de afiliación anterior la cuota del mes en que registró la baja (por ejemplo: si se da de baja el 30/11, entrará en vigencia el 1/12, por lo que la cuota del mes 11 aún se le cobrará a la unidad de afiliación de ese momento).

Ejemplos del cálculo de una cuota estándar

Ejemplo 1: Carlos Fernández trabaja en la empresa Alfa, con un sueldo mensual real de 35.000 \$NT. Su esposa es ama de casa, y sus tres hijos van a la escuela.

Explicaciones:

1. La familia entera de Carlos Fernández debe afiliarse al seguro en la empresa Alfa. Si bien tiene 4 familiares dependientes, la cantidad máxima de familiares dependientes que se utiliza actualmente para el cálculo de la cuota es 3, por lo tanto, un familiar no se calcula.



4 Principios y cálculo de la cuota

2. De acuerdo con el sueldo de Carlos, la base salarial que le corresponde para el cálculo de la cuota es de 36.300 \$NT (nivel 11 de la tabla de clasificación de bases salariales).

3. La cuota mensual que debe pagar Carlos de su bolsillo es:

$$[36.300 \text{ \$NT} \times 4,69\% \times 30\%] \text{ (monto redondeado)} \times (1+3) = 2.044 \text{ \$NT}$$

4. El aporte que debe realizar la empresa Alfa para el seguro de Carlos es:

$$[(36.300 \text{ \$NT} \times 4,69\% \times 60\%) \times (1 + 0,58)] \text{ (monto redondeado)} = 1.614 \text{ \$NT}$$

5. La contribución que debe realizar mensualmente el gobierno es:

$$[(36.300 \text{ \$NT} \times 4,69\% \times 10\%) \times (1 + 0,58)] \text{ (monto redondeado)} = 269 \text{ \$NT}$$

Nota: la cifra de 0,58 en las fórmulas de los puntos 4 y 5 es el promedio general de familiares dependientes.

Desde enero de 2016, la tasa de seguro estándar es de 4,69%.

Ejemplo 2: Juan Pérez y su esposa se afilian en la oficina administrativa correspondiente a su domicilio

Explicaciones:

1. La cuota mensual que debe pagar Juan de su bolsillo es:

$$[1.249 \text{ \$NT} \times 60\%] \text{ (monto redondeado)} \times (1 + 1) = 1.498 \text{ \$NT}$$

2. La contribución que debe realizar mensualmente el gobierno es:

$$[1.249 \text{ \$NT} \times 40\%] \text{ (monto redondeado)} \times (1 + 1) = 1.000 \text{ \$NT}$$





Cuota complementaria

Principios para el cálculo de la cuota complementaria

1. Cuando el afiliado recibe alguno de los seis tipos de ganancias o ingresos listados abajo, la entidad que realice el pago respectivo le descontará el valor de la suma en cuestión multiplicado por la tasa de cuota complementaria (desde enero de 2016 es de 1,91 %). El monto descontado se destinará al pago de la cuota complementaria del seguro de salud.

Tipo de ganancia o ingreso	Aclaración	Código de impuesto (Dos primeros dígitos)
Porción de bonos acumulados durante todo el año que supera 4 veces la base salarial	La porción de la suma anual de los bonos no incluidos en la base salarial para el cálculo de la cuota del afiliado (por ejemplo, bonos de fin de año o festividades, premios, etc.) que supera cuatro veces la base salarial está sujeta a deducción.	50, 79A, 79B
Ganancias de trabajos externos	Las remuneraciones por trabajos que no pertenecen a la unidad de afiliación que gestiona actualmente el seguro.	50, 79A, 79B
Ingresos por servicios profesionales	Montos de cobros por brindar servicios profesionales, previa deducción de gastos necesarios o costos.	9A, 9B
Dividendos	Cobro de dividendos de acciones de una empresa.	54, 71G
Intereses	Cobro de intereses de deuda pública o empresarial, títulos de deuda financiera, Letras a corto plazo, depósitos y otros tipos de intereses por préstamos.	5A, 5B 5C, 52, 73G
Alquileres	Cobro de alquileres, previa deducción por deterioros y gastos.	51, 74G



4 Principios y cálculo de la cuota

2. La forma de cobro de la cuota complementaria es a través de la retención al momento que se realiza el pago que da lugar a la respectiva ganancia. El cálculo de las deducciones de la cuota complementaria realizadas a cada asegurado se realiza, sin excepción, por persona y por operación, no por balance.

Ejemplos de cálculo de la cuota complementaria

[Ganancias por intereses]

- **Modelo:** el señor Ramírez tiene varios plazos fijos en el banco Beta, tres de los cuales vencieron el 20 de junio de 2017 y pagaron intereses por 1.500 \$NT, 25.000 \$NT y 1.800 \$NT respectivamente. Cómo deducirá el banco Beta la cuota suplementaria del seguro de salud?
- **Cálculo:** $\text{cuota complementaria} = 25.000 \text{ \$NT} \times 1,91\% \text{ (monto redondeado)} = 478 \text{ \$NT}$.
- **Aclaración:** los montos de intereses correspondientes a cada recibo de depósito se calculan por separado. Como las sumas de 1.500 \$NT y 1.800 \$NT no alcanzan el límite mínimo para el descuento, no se deducen para la cuota complementaria. El banco Beta debe deducir el monto de 478 \$NT correspondiente a la cuota complementaria del señor Ramírez y pagarlos a la Administración del Seguro Nacional de Salud antes del 31 de julio de 2017.

[Premios]

- **Modelo:** el señor Rojas es ingeniero en software y trabaja para la empresa Gama. Su base salarial para el cálculo de la cuota del seguro de salud es de 150.000 \$NT. En febrero de 2017 recibió un bono de fin de año por 450.000 \$NT, y en el mes de octubre del mismo año recibió un premio por 600.000 \$NT.



- **Cálculo:** cuota complementaria = $450.000 \text{ \$NT} (600.000 + 450.000 - 150.000 \times 4) \times 1,91\% = 8.595 \text{ \$NT}$.
- **Aclaración:** el monto de 450.000 \$NT por bonos acumulados al mes de febrero no superaba la base salarial del señor Rojas de ese mes (150.000 \$NT) multiplicada por 4, o sea, 600.000 \$NT, por lo cual la empresa no requirió deducir la cuota complementaria del seguro salud. Cuando en el mes de octubre el señor Rojas recibió un bono por 600.000 \$NT, la suma de los bonos acumulados ya era de 1.050.000 \$NT, superando por 600.000 \$NT su base salarial multiplicada por 4 (1.050.000 \$NT - 600.000 \$NT). Por lo tanto, la empresa Gama, al momento de pagar el bono en el mes de octubre, debió deducir previamente 8.595 \$NT correspondientes a la cuota complementaria del seguro de salud. A continuación se detalla el cálculo:

Fecha de pago	Bono	Base salarial de este mes (A)	Cuádruple de la base salarial (B = A×4)	Monto del bono (C)	Monto acumulado de bonos (D)	Parte del monto acumulado de bonos que excede el cuádruple de la base salarial (E = D-B)	Base para la deducción de la cuota complementaria (F) Min (C,E)	Cuota complementaria (G = F×1,91%)
1/2/2017	Bono de fin de año	150.000	600.000	450.000	450.000	-150.000	0	0
1/10/2017	Premio	150.000	600.000	600.000	1.050.000	450.000	450.000	8.595
Subtotal					1.050.000			8.595

Nota: la tasa de la cuota complementaria es de 1,91% desde enero de 2016.



4 Principios y cálculo de la cuota

3. Valores máximos y mínimos¹ de la cuota complementaria para cada tipo de ingreso

Tipo de ganancia o ingreso	Mínimo	Máximo
Porción de bonos acumulados durante todo el año que supera 4 veces la base salarial	No tiene	El límite es 10.000.000 \$NT por vez, tomando como base la porción de los bonos acumulados que supera el cuádruple de la base salarial correspondiente al mes en que se recibe el bono.
Ganancias de trabajos externos	El equivalente al salario mínimo establecido por las autoridades competentes, por cada cobro.	10.000.000 \$NT por cobro.
Ingresos por servicios profesionales ²	20.000 \$NT por cada cobro ³ .	
Dividendos ²	1. Afiliados como empleadores o autónomos: en cada cobro, 20.000 \$NT por encima de la base salarial registrada para el cálculo de la cuota ³ . 2. No afiliados como empleadores o autónomos: 20.000 \$NT por cobro ³ .	1. Afiliados como empleadores o autónomos: en cada cobro, 10.000.000 \$NT por encima de la base salarial registrada para el cálculo de la cuota. 2. No afiliados como empleadores o autónomos: 10.000.000 \$NT por cobro.
Intereses ²	20.000 \$NT por cobro ³ .	10.000.000 \$NT por cobro.
Alquileres ²		

Notas:

1. Cuando la ganancia o ingreso alcanza el límite mínimo, se toma el monto completo para calcular la cuota complementaria; cuando supera el límite máximo, se aplica el monto del límite máximo.
2. A partir del 1º de enero de 2015, los miembros de hogares de medianos y bajos ingresos, los ancianos de medianos y bajos ingresos, los niños y adolescentes vulnerables que reciben asistencia social, los que cobran subsidios por incapacidad física o mental, las personas de familias con situaciones especiales que reciben asistencia y las personas con dificultades económicas estipuladas en el artículo 100 del Acta del Seguro Nacional de Salud (se detalla abajo) están exentas de deducciones de cuotas complementarias sobre ingresos por servicios profesionales, dividendos, intereses o alquileres que sean inferiores al salario básico establecido por las autoridades laborales competentes.
3. Ajuste válido desde el 1 de enero de 2016.



4. Exentos de cuotas complementarias

Las personas que cuenten con los siguientes certificados están exentas de deducciones de cuotas complementarias del seguro de salud.

Personas exentas	Ingresos exentos	Certificados requeridos
Aquellos que no califican para afiliarse al seguro	(1) Monto de bonos acumulados durante todo el año que supera 4 veces la base salarial. (2) Ganancias por trabajos externos (3) Ingresos por servicios profesionales puntuales	Luego de que la persona informa al encargado de realizar la deducción que no califica para afiliarse al seguro, se requiere confirmación de este último ante la Administración del Seguro Nacional de Salud.
Los afiliados de bajos ingresos pertenecientes a la categoría 5 del Seguro Nacional de salud.	(4) Dividendos (5) Ganancias por intereses (6) Alquileres	Certificado de hogar de bajos ingresos vigente aprobado por un organismo social dentro del periodo correspondiente al cobro.
Afiliados de la categoría 2	Ganancias por trabajos externos	Certificado de afiliación o de pago emitido por el sindicato dentro del periodo correspondiente al cobro.
Profesionales y técnicos autónomos afiliados a través del sindicato (se toma los ingresos por los trabajos realizado como base salarial para el seguro)	Ingresos por servicios profesionales	correspondiente al periodo del cobro respectivo: a. Afiliados como profesionales o técnicos: certificado de afiliación correspondiente al periodo del cobro respectivo, emitido por la unidad de afiliación. b. Afiliados por el sindicato: certificado de afiliación o comprobante de pago de la cuota correspondiente al periodo del cobro respectivo, emitido por el sindicato.





4 Principios y cálculo de la cuota

Personas exentas	Ingresos exentos	Certificados requeridos
Hogares de bajos ingresos	Los siguientes tipos de ingresos por cobros individuales inferiores al salario básico: (1) Ingresos por servicios profesionales (2) Dividendos (3) Ganancias por intereses (4) Alquileres	Certificado de medianos o bajos ingresos convalidado por un organismo social, válido dentro del periodo correspondiente al cobro.
Personas con dificultades económicas estipuladas en el artículo 100 del Acta del Seguro Nacional de Salud		Certificado de dificultades económicas remitido por el afiliado dentro del periodo correspondiente al cobro.
Personas de edad avanzada con medianos o bajos ingresos		Carta de aprobación del respectivo estatus por parte de un organismo social dentro del periodo correspondiente al cobro.
Personas que cobran subsidios por incapacidad física o mental		
Niños y adolescentes vulnerables que reciben asistencia social		
Miembros de familias en situaciones especiales que reciben asistencia		

5. Cuota complementaria del empleador (unidad de afiliación)

(Total de salarios pagados por la unidad de afiliación, menos el total de las bases salariales de los empleados) x 1,91%

- No tiene límite máximo
- Una vez calculada, debe ser pagada mensualmente por el empleador junto con la cuota normal.





5

Formas de pago de la cuota

Dónde consultar las dudas sobre el cálculo de la cuota

La boleta de pago enviada a usted o a su empresa por la Administración del Seguro Nacional de Salud lleva impreso el número de teléfono de la división del seguro que se ocupa de su trámite. Si usted tiene alguna duda sobre el cálculo de las cuotas, puede llamar directamente al personal concerniente de la administración del seguro Nacional de salud para pedir asistencia.

Deducción de impuestos

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley de Impuestos a la Renta, las deducciones atribuibles a la cuota del seguro de salud no tienen restricciones de montos. Es decir que cuando una persona realiza la declaración integral de impuestos, si elige deducir ítems de la cuota del seguro de salud, podrá hacerlo en dos categorías:

1. Gastos por cuota del seguro de salud

Las cuotas del seguro de salud abonadas durante todo el año por el afiliado, su cónyuge y sus familiares directos dependientes registrados pueden alistarse como ítems a deducir. No hay restricción en los montos. Esto incluye tanto la cuota básica como las cuotas complementarias. Es decir que, en situaciones normales,



5 Formas de pago de la cuota

cuanto mayor es el pago del seguro, mayor es el descuento al momento de declarar los impuestos, y el impuesto a la renta obviamente será menor.

2. Otros gastos por cuota del seguro de salud

Incluye los gastos por las cuotas de los seguros de vida, seguros por accidentes, seguros de renta vitalicia, seguros laborales, seguros de agricultura, seguros de militares, empleados públicos o educadores, etc. La cifra de las deducciones que se pueden declarar por persona tiene un límite máximo anual.

Cómo solicitar el comprobante de pago de las cuotas del seguro de salud

1. Para solicitar comprobante de pago del seguro de salud, puede hacerlo ante la empresa o el sindicato (incluidas asociaciones de pescadores, agricultores o irrigadores) que esté gestionando su afiliación, así como solicitar un comprobante de deducción de cuota complementaria del seguro de salud a las unidades que realizaron las respectivas deducciones. Adicionalmente, puede utilizar los siguientes métodos para consultar o solicitar un comprobante de pago del seguro de salud del año anterior.

- (1) Puede consultar o descargarlo en la página web de la Administración del Seguro Nacional de Salud utilizando su Certificado de Ciudadanía Digital o el carné del seguro de salud.
- (2) Puede hacer la consulta o solicitud con su documento de identidad original en la oficina administrativa o división de la Administración del Seguro Nacional de Salud donde registra su afiliación, o bien en una oficina de contacto.
- (3) Puede consultar o descargarlo utilizando su Certificado de Ciudadanía Digital en la estación multimedia de las tiendas de conveniencia.



2. En mayo de cada año, durante el período de declaración integral de impuestos, usted puede consultar información sobre la cuota de su seguro de salud en los organismos nacionales de recaudación de impuestos de todas las regiones, así como en sus divisiones y oficinas de evaluación. Además, puede consultar sus pagos realizados por la cuota del seguro de salud a través del software declaración integral de impuestos a la renta utilizando su Certificado de Ciudadanía Digital o carné del seguro de salud.

Formas de pago de la cuota

Puede elegir la forma de pago que le resulte más conveniente:

1. Transferencia bancaria

(1) Cuenta de depósitos

Puede habilitar la transferencia bancaria automática. Para ello, apersónese con su libreta de depósitos, sello de cuenta y documento de identidad en la entidad financiera donde tiene su cuenta, y complete el “Cuaderno de designación (o cancelación) de cuenta de transferencia para el pago de la cuota del Seguro Nacional de Salud”. Una vez designada la cuenta de transferencia, se comenzará a debitar el pago de la cuota a partir del mes siguiente.

(2) Tarjeta de crédito:

Puede habilitar el pago de la cuota mediante débito automático con tarjeta de crédito. Para ello, acérquese a la entidad financiera que gestiona su tarjeta de crédito y complete el “Cuaderno de designación de cuenta de transferencia para el pago de la cuota del Seguro Nacional de Salud (con tarjeta de crédito)”.

2. Por mostrador

Puede acercarse con la boleta de pago a la entidad financiera asignada por la Administración del Seguro Nacional de Salud y



5 Formas de pago de la cuota

realizar el pago en el mostrador. También puede pagar con tarjeta de crédito en cualquiera de los puntos de atención de la Administración del Seguro Nacional de Salud, previa confirmación con el personal del lugar si la entidad emisora de su tarjeta está habilitada.

3. Tiendas de conveniencia (con recargo por servicio)

Puede pagar en cualquier sucursal de 7-Eleven, Family Mart, Hi-Life y OK llevando la boleta de pago de la cuota (hasta un máximo de 20.000 \$NT).

4. Transferencia por cajero automático (ATM) (con recargo para transacciones interbancarias)

Puede pagar mediante transferencia bancaria desde los cajeros automáticos (ATM) que tienen un cartel indicativo de transferencias interbancarias.

5. Pago on-line (con recargo)

Puede realizar el pago de cuota en forma on-line a través su cuenta corriente o tarjeta de crédito (limitado a las cuotas de pago con depósitos en cuenta corriente o tarjeta). Para ello, puede acceder al sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud, en la sección “Servicios de información personal on-line” (ruta: Servicios > Mostrador on-line > Mostrador de afiliación on-line > Público en general) o en la sección “Pago de la cuota del Seguro Nacional de Salud” (ruta: Servicios > Mostrador on-line > Pago de cuota). También puede hacerlo utilizando la app “Acceso móvil al Seguro Nacional de Salud” en “Mostrador móvil”, o directamente escaneando el código-QR de la boleta de pago con su teléfono móvil, que lo dirigirá a la sección de “Pago de la cuota del Seguro Nacional de Salud”.

(1) Con cuenta corriente

Inicie sesión en el sitio web pagos nacionales e-Bill (<https://ebill.ba.org.tw>) y vaya a “Cuota del Seguro Nacional de Salud”.



Siga las instrucciones para realizar el pago con cuenta corriente bancaria (limitado a las cuotas de pago con cuenta corriente) o tarjeta de débito con chip. O inicie sesión en el sitio web del Banco de Taiwán (<https://ebank.bot.com.tw>) y vaya a ATM on-line; con su tarjeta de débito con chip, elija “Pago de impuestos, gastos y tarjeta / Cuota del Seguro Nacional de Salud” e ingrese la información requerida para realizar el pago.

(2) Con tarjeta de crédito

Inicie sesión en “Plataforma electrónica de servicios estatales” y seleccione el pago con tarjeta de crédito. Ingrese el número de autorización recibido de la entidad emisora de la tarjeta, y ya puede realizar el pago. Una vez recibido el número de autorización, ya no se puede cancelar la operación ni realizar correcciones.

(3) Con teléfono móvil

Puede realizar el pago con herramientas de pago móvil como JKOPAY, LINE PAY, Pi, etc.

6. Pago con teléfono móvil (con recargo)

(1) Taiwán Pay

Descargue la aplicación bancaria de Taiwán Pay o la aplicación “Pagos móviles en Taiwán” en su teléfono móvil. Luego escanee el código-QR de la boleta de pago y utilice su cuenta de depósitos para realizar el pago.

(2) JKOPAY, LINE PAY y Pi

Escanee el código-QR de la boleta de pago con alguna de estas aplicaciones de pago para ingresar la información y realizar el pago en forma automática.

Le sugerimos que utilice el débito automático para ahorrar tiempo y evitar recargos por pagos atrasados.



5 Formas de pago de la cuota

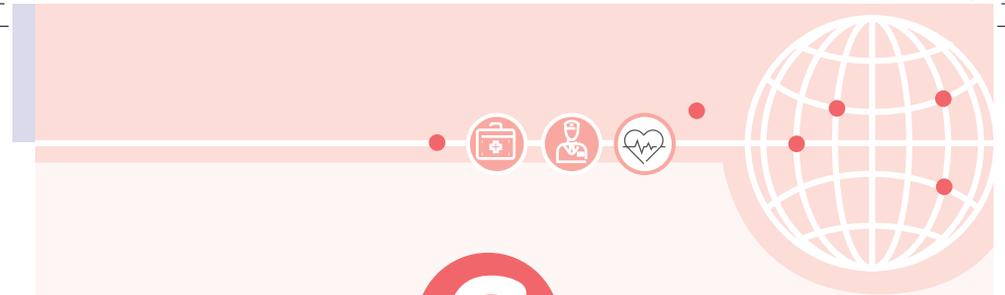
Qué hacer si olvidó pagar o si los fondos de su cuenta de transferencia son insuficientes

(Pago atrasado y cálculo del recargo)

Una vez que se habilita el pago de la cuota del Seguro Nacional de Salud por débito automático, la entidad financiera encargada comenzará a debitar el pago los días 15 de cada mes (día de vencimiento del periodo de gracia para el pago). Si los fondos de su cuenta son insuficientes, la entidad financiera ya no realizará el débito automático. En cambio, la Administración del Seguro Nacional de Salud le enviará una nueva boleta por el pago no realizado, la cual deberá abonar utilizando otro medio de pago. Por eso, por favor asegúrese que antes de los días 15 de cada mes haya saldo suficiente en su cuenta, para poder realizar el débito oportunamente.

Independientemente de la forma de pago que elija, si abona el seguro una vez vencido el periodo de gracia (los días 15 de cada mes siguiente al periodo correspondiente al pago), la Administración del Seguro Nacional de Salud impondrá un recargo de 0,1% por cada día que pase desde el día siguiente al vencimiento del periodo de gracia (día 16 del mes siguiente al periodo correspondiente al pago) hasta el día anterior a la efectivización del pago. El valor máximo del recargo impuesto a la unidad de afiliación y al personal encargado de la cobranza no puede superar el 15% de la cuota adeudada, y el recargo impuesto al afiliado no puede superar el 5% de dicha cuota.





6

Cobertura médica

Consultas externas y derivaciones

Cuando vaya al médico, el Seguro Nacional de Salud cubrirá la mayor parte del costo de diagnóstico y tratamiento en consultorios externos, así como de los medicamentos. Usted sólo deberá abonar un pequeño coseguro (para mayor detalle sobre los coseguros básicos de atención en consultorios externos y de los medicamentos recetados en los mismos, por favor vea el capítulo 7).

1. Por favor, atiéndase en clínicas; sólo vaya al hospital en caso de necesidad y con derivación

Para permitir que las instituciones médicas en distintos niveles le brinden el servicio que necesita, por favor elija un médico de cabecera de confianza cerca de su residencia. Si se enferma, primero acuda a este médico. Pida a la derivación al hospital solo cuando requiera mayores estudios, operaciones quirúrgicas o internación.

Las ventajas de hacerlo así son que se ahorrará el tiempo de ir al hospital a sacar turno, tiempo de espera para la atención médica, y le agilizará la obtención de medicamentos. Además, el médico clínico establecerá un historial clínico completo, y usted recibirá atención



6 Cobertura médica

médica especializada, sin necesidad de perder tiempo y dinero yendo por todos lados buscando médicos.

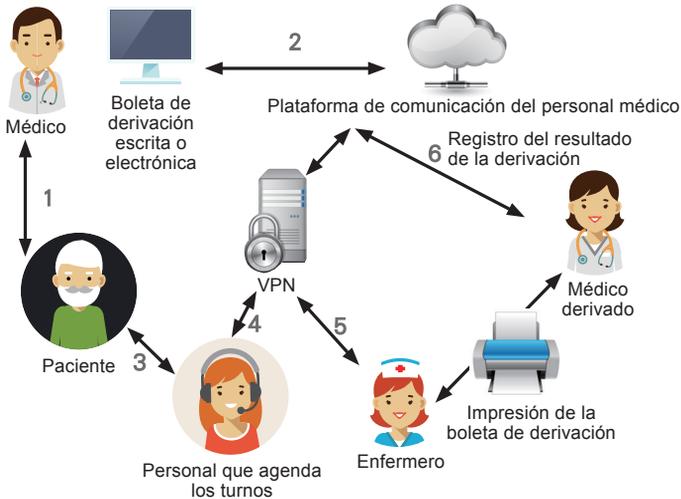
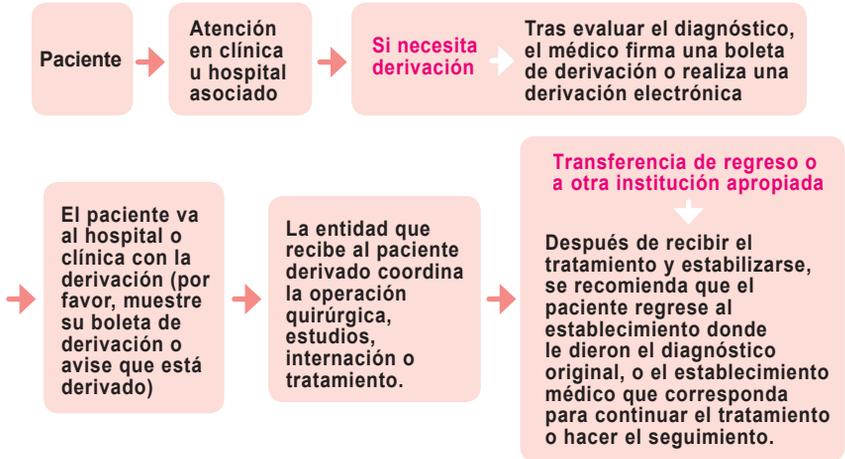
2. Si va directamente al hospital sin derivación deberá abonar más dinero

Desde el 15 de abril de 2017, el coseguro de una consulta externa básica en una clínica se mantiene sin cambios en 50 \$NT. El coseguro por una consulta con derivación en un centro médico u hospital regional se ha reducido en 40 \$NT: la consulta en un centro médico bajó de 210 \$NT a 170 \$NT, mientras que en un hospital regional bajó de 140 \$NT a 100 \$NT. En función del diagnóstico, el médico puede emitir una derivación, con la cual usted podrá concurrir a una clínica, hospital local, hospital regional o centro médico para recibir el tratamiento médico que requiera. Después de realizar la consulta médica derivada, si cuenta con el consentimiento del dicho médico para continuar realizando estudios o tratamiento en consultorios externos, el costo de los coseguros se mantendrá regulado como derivación, siempre y cuando no supere las cuatro visitas en un mes desde la fecha de derivación; de igual modo se mantendrá el mismo coseguro para la primera consulta dentro del mes después de ser operado, operado de emergencia o internado en un hospital, o para la primera consulta dentro de los 6 meses después del parto.

Si se atiende directamente en un hospital local, un hospital regional o un centro médico sin derivación previa (no incluye dentista ni medicina tradicional china), el valor del coseguro será 30, 140 o 250 \$NT más caro que una visita con derivación. No obstante, no hay diferencia en el coseguro de los medicamentos.



Cómo se realiza la derivación





6 Cobertura médica

Para gestionar la derivación ahorrando tiempo y esfuerzo, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Cuando usted sienta algún malestar, primero vaya a una clínica cercana a su domicilio o visite a su médico de cabecera. Si el médico diagnostica que necesita ser derivado a otro establecimiento médico para avanzar con el tratamiento, ya sea para una operación, estudios o internación, previo diálogo con usted, el médico arreglará su derivación al establecimiento médico y la especialidad que requiera.

Paso 2: El médico realiza la boleta derivación escrita o electrónica (a través de la plataforma de derivación electrónica del Seguro Nacional de Salud), y realiza los arreglos necesarios para su atención médica, incluida la gestión del turno en la especialidad correspondiente.

Paso 3: Por favor, dentro del plazo especificado en la boleta de derivación, diríjase al mostrador o ventanilla de atención del establecimiento médico donde fue transferido, avise que es un paciente derivado y abone el monto correspondiente.

Paso 4: Después de realizar la consulta derivada en el hospital, o dentro de los tres días después ser atendido en la clínica, o dentro de los 14 días después de una internación, notifique el resultado de los estudios realizados, las recomendaciones recibidas y el resumen de su historia clínica al hospital o clínica donde le realizaron el diagnóstico original. Informe también si su condición requiere continuar en el hospital o seguir recibiendo cierto tratamiento.



Paso 5: Si su condición se ha estabilizado y, diagnóstico mediante, puede regresar al establecimiento médico original o atenderse en otro establecimiento médico adecuado para continuar el tratamiento o realizar el seguimiento, será transferido según corresponda.

Notas:

1. La necesidad o no de derivación es juzgada por el médico de acuerdo con la condición del paciente y el tratamiento requerido. El médico sólo emitirá una derivación si es necesario.
2. Independientemente de si la transferencia se realiza de un hospital a una clínica, o de una clínica a un hospital, o entre establecimientos médicos de un mismo nivel, todas se consideran derivaciones.
3. Tanto los hospitales como las clínicas asociados por el seguro de salud pueden emitir derivaciones. Con la derivación en mano, el paciente puede acceder a la atención médica especificada en cualquier nivel de hospital, grande o pequeño.

Cobertura para un mismo tratamiento

Cuando, bajo un mismo diagnóstico, se requiere continuar recibiendo alguno de los servicios de atención médica listados abajo, dicho servicio se considera como parte de un mismo tratamiento.

1. Medicina occidental: contando desde el primer día de tratamiento

- (1) Cambio de vendajes de una lastimadura simple en el plazo de 2 días.
- (2) 6 inyecciones del mismo tipo (no quimioterapéuticas) en el plazo de 30 días.
- (3) 6 sesiones de rehabilitación de medicina occidental por 30 días.
- (4) 6 sesiones en 30 días para tratamiento lumínico para enfermedades de la piel, estimulación eléctrica para la incontinencia urinaria o entrenamiento de biorretroalimentación de la musculatura pélvica.



6 Cobertura médica

- (5) 6 remociones de puntos de sutura después de una operación en el plazo de 30 días.
- (6) 6 sesiones de terapia de rehabilitación pulmonar en el plazo de 30 días.
- (7) 6 sesiones de rehabilitación de medicina occidental para niños menores de 9 años hasta fin del mes posterior.
- (8) Tratamiento de radiación para cáncer por 30 días.
- (9) Diálisis peritoneal y diálisis sanguínea por 30 días.
- (10) Oxigenoterapia hiperbárica por 30 días.
- (11) Terapia de desensibilización por 30 días.
- (12) Cuidado en domicilio particular por 30 días.
- (13) Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica comunitaria por 30 días.
- (14) Tratamiento psiquiátrico de actividad, terapia ocupacional o terapia psicológica por 30 días.

2. Dentista: Contando desde el primer día de tratamiento

- (1) 6 sesiones de tratamiento de extracción dental en una misma pieza dental por 30 días.
- (2) 6 sesiones de ortodoncia en una misma pieza dental por 30 días.
- (3) 6 sesiones de la limpieza de sarro en la misma pieza dental por 30 días.
- (4) Tratamiento de conducto radicular para la misma pieza bucal por 60 días.

3. Medicina tradicional china: Contando desde el primer día de tratamiento

- (1) 6 sesiones de acupuntura para una misma afección por 30 días
- (2) 6 sesiones de tratamiento para una misma luxación por 30 días.



(3) 6 sesiones de tratamiento de traumatología para una misma afección por 30 días.

Durante un mismo tratamiento, el paciente sólo deberá abonar un coseguro en la primera visita para diagnóstico y tratamiento. El resto de las sesiones no requieren el pago de coseguro (no incluye fisioterapia ni tratamientos traumatológicos de medicina tradicional china).

Si recibe fisioterapia o tratamiento traumatológico de medicina tradicional china en consultorios externos, a partir de la segunda sesión de un mismo tratamiento deberá abonar 50 \$NT por sesión (no incluye las fisioterapias de complejidad media y alta).

Antes de cada sesión deberá presentar el carné del seguro de salud para poder registrarse.

Atención

Si el paciente no puede continuar el tratamiento planificado por un cambio en su condición, y el médico realiza un nuevo diagnóstico y tratamiento, entonces ya no contará como el mismo tratamiento, y el paciente deberá realizar nuevamente el procedimiento normal de sacar un turno, realizar la consulta y abonar el monto correspondiente.

Emergencias

El seguro cubre la mayor parte de los gastos en casos de emergencias, incluidos los costos operativos, exámenes físicos, estudios y medicamentos. Usted sólo debe pagar el coseguro de emergencia (para más información sobre el coseguro de emergencia, vea el capítulo 7).



6 Cobertura médica

Internación

Cuando requiera internarse, el seguro le cubrirá la mayor parte de los gastos de habitación con “camas del seguro de salud” y demás gastos de internación. Usted sólo deberá abonar un coseguro de entre un 5% y un 30% de los gastos de internación (para mayor detalle sobre el coseguro de internación, vea el capítulo 7)

1. Gastos de habitación

La denominación “camas del seguro de salud” se refiere a las habitaciones con 3 o más camas y a camas especiales como las camas de cuidados intensivos y las camas aisladas. Si usted ingresa a una de las “camas del seguro de salud”, el seguro le cubrirá la totalidad de los gastos de habitación; si en su internación ingresa a camas que no son las del seguro de salud, deberá abonar un diferencial por gastos de habitación. En cuanto a los costos de las habitaciones individuales y dobles, puede consultar en el mostrador de internación, el sitio web o un puesto de enfermería del hospital respectivo.

El costo de la habitación incluye el primer día de internación, pero no el día de salida.

2. Gastos de internación

Los gastos de internación incluyen los estudios, tratamientos, gastos operativos, operaciones, etcétera, durante el período de internación. No hay un límite de cantidad de días de internación, no obstante la misma quedará sujeta a la necesidad de atención médica que requiera su condición.

Si el médico juzga que usted ya no necesita estar internado, pero usted persiste en mantenerse hospitalizado, el seguro dejará de abonar los gastos, los cuales quedarán totalmente a su cargo. En cuanto a la mediación, la cobertura de algunos medicamentos especiales está regulada. Si el médico juzga que son adecuados



para su condición, serán cubiertos por el seguro.

3. No hace falta entregar el carné durante la internación

Desde el 1 de junio de 2018 se ha eliminado la norma de retener el carné del seguro de salud durante el período de internación, por lo que ya no necesita entregarlo. Teniendo en cuenta que si, durante el periodo de internación, el médico responsable del diagnóstico y tratamiento juzga que el paciente necesita recibir tratamiento médico inmediato debido a enfermedades asociadas con diferentes especialidades, pero el hospital no tiene la posibilidad de brindar los servicios requeridos en alguna de esas especialidades, entonces el paciente puede solicitar permiso para recibir servicios ambulatorios en otra institución.

Antes de salir de la internación, por favor tenga listo su carné del seguro de salud para gestionar la salida.

Internación domiciliaria

La internación domiciliaria implica una colaboración entre el personal médico y de enfermería para brindar cuidado médico al paciente en su hogar. Incluye visitas al hogar, chequeos, provisión de material hospitalario, atención médica básica, control de la respiración y el sistema digestivo, diversos tipos de sondas y estomas en el sistema urinario, envío de exámenes médicos e instrucción a familiares o personas encargadas del cuidado del enfermo sobre las técnicas para el cuidado.

1. Cómo solicitarla

(1) Si el médico lo considera apropiado, el paciente internado podrá pasar a internación domiciliaria bajo el cuidado del departamento de atención domiciliaria del mismo hospital, o bien será derivado a otro establecimiento médico o de enfermería que brinde este servicio.



6 Cobertura médica

- (2) Si no se trata de un paciente actualmente internado, previa evaluación del médico, también puede solicitar directamente la internación domiciliaria bajo el cuidado de un establecimiento médico o de enfermería que brinde este servicio.

¿Cumple con las siguientes condiciones para recibir la internación domiciliaria?

1. Cuando está despierto, más del 50% de su actividad la realiza en la cama o en una silla
2. Claramente requiere recibir servicios de atención médica y cuidado.
3. Padece una enfermedad crónica y necesita cuidado de largo plazo, o después de salir de internación necesita seguir recibiendo cuidado.

2. Normas de internación domiciliaria relativas al seguro de salud

- (1) 30 días de internación domiciliaria se consideran como un mismo tratamiento. Al afiliado sólo se le descontará en su carné la primera visita de cada mes.
- (2) En principio, el servicio a domicilio se compone de dos visitas de enfermeros por mes y una visita de un médico cada dos meses.
- (3) El coseguro a cargo del paciente es del 5% del costo real de la atención médica de cada visita (no incluye a los que cumplen con las condiciones de exención del coseguro o aquellos en regiones que carecen de recursos hospitalarios).
- (4) Los gastos de transporte del personal médico y enfermería quedan a cargo del paciente.
- (5) Tras considerar las dificultades que encuentran los pacientes de internación domiciliaria en conseguir la medicación fuera de sus



casas, el reglamento se ha flexibilizado para que los pacientes que no tienen manera de apersonarse en el hospital o clínica donde se emitió la receta puedan obtener las recetas de niveles 1 y 2 de control de medicamentos en hospitales o centros de salud asociados.

Cuidado de hospicio

El Seguro Nacional de Salud brinda tres tipos de cuidado de hospicio: hospitalario, domiciliario y conjunto. Este servicio se dirige a enfermos terminales de todas las clases de cáncer, esclerosis lateral amiotrófica y los ocho tipos de enfermos terminales agudos. Los ocho tipos de enfermos terminales agudos se refieren a quienes padecen psicosis orgánica presenil, otros tipos de deterioro cerebral, insuficiencia cardíaca, obstrucción crónica de las vías respiratorias (sin categorizar), otras enfermedades pulmonares, enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis, insuficiencia renal aguda (no especificada) e insuficiencia renal (crónica o no).

El servicio incluye:

1. Cuidado de hospicio hospitalario

No todos los hospitales disponen de camas para cuidado de hospicio. Por lo tanto, antes de ir directamente, consulte la página web del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Programas → Cuidado de hospicio (hospitalario, domiciliario y conjunto), o llame por teléfono a las divisiones regionales de la Administración del Seguro Nacional de Salud y consulte qué establecimientos tienen camas disponibles. Previa confirmación por diagnóstico, el médico hará los arreglos para su ingreso como paciente de cuidado de hospicio. A continuación, personal especializado le explicará detalladamente algunos puntos a tener en cuenta, como la firma del acuerdo del cuidado de hospicio y la negativa a recibir tratamientos invasivos.



6 Cobertura médica

2. Cuidado de hospicio domiciliario

Si usted o sus familiares prefieren permanecer en el domicilio particular o un establecimiento de cuidado de hospicio cercano, el Seguro Nacional de Salud de igual modo le proveerá cuidado de hospicio. Un equipo de médicos y enfermeros profesionales (clase A) realizará visitas a su casa o al establecimiento elegido y le realizará exámenes y atención médica estándar. A los pacientes terminales y su familia se les brindará apoyo psicológico, social y espiritual, entre otros aspectos. Desde el año 2014 se ha incrementado el cuidado de hospicio a nivel comunitario (clase B) gracias a la flexibilización regulatoria del personal médico, que permitió la incorporación de practicantes de medicina aptos. De esta manera se ha podido dar acceso y beneficiar con este servicio a las comunidades locales, así como a las poblaciones de las islas periféricas. Para complementar el servicio a los pacientes con internación domiciliaria, los centros médicos además brindan atención telefónica las 24 horas mediante línea directa, a través de la cual el personal de enfermería atiende consultas referidas al cuidado del paciente. Para saber más sobre el servicio de atención telefónica, puede visitar el sitio web del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Programas → Cuidado de hospicio (hospitalario, domiciliario y conjunto).

3. Cuidado de hospicio conjunto

Considerando que no todos los hospitales están equipados con camas para cuidado de hospicio, y que algunos enfermos que desean recibir el servicio no pueden hacerlo por falta de disponibilidad de camas en los hospitales que sí están equipados, la Administración del Seguro Nacional de Salud comenzó en abril de 2011 un programa piloto de cuidado de hospicio conjunto. El programa establece que los pacientes agudos internados, así como aquellos en las salas de terapia intensiva, las salas de cuidado respiratorio, salas de emergencias, etc. también tengan la



oportunidad de recibir un cuidado conjunto por parte del personal médico de los equipos de las respectivas salas y el personal del equipo de cuidado de hospicio conjunto del mismo hospital. De esta manera, ambos equipos brindan cuidado en forma conjunta: el equipo de cuidado de hospicio conjunto ofrece el servicio de cuidado de hospicio, mientras que el personal médico de las salas continúa ocupándose de lo relativo a la internación.

Atención integral domiciliaria

A partir de febrero de 2016, el Seguro Nacional de Salud brinda en forma continua tres etapas de atención médica integral domiciliaria: “atención domiciliaria”, “atención intensiva domiciliaria” y “atención domiciliaria de hospicio”. Con la importancia puesta en el paciente, un equipo médico formado por el centro médico y el personal de cuidado domiciliario dará atención continua al paciente según el desarrollo de su enfermedad. Para permitir que el paciente pueda vivir en su casa, el equipo médico brinda un servicio de atención telefónica las 24 horas. Además, si este equipo considera que el paciente requiere un cuidado de largo plazo, lo asistirá para derivarlo a un centro de atención local con el fin de unificar y potenciar los recursos de atención médica y cuidado.

Adicionalmente, desde junio de 2019 se ha ampliado el servicio, incorporando dentista, medicina tradicional china y servicios farmacéuticos. A la par, se ha incrementado la responsabilidad del médico encargado, quien ahora debe evaluar íntegramente las necesidades de cuidado del paciente y, en caso de requerirlo, articular los servicios de dentista, medicina tradicional china, enfermería, tratamiento respiratorio y demás servicios médicos. Por su parte, el paciente debe cooperar con el médico encargado para unificar la medicación y recibir atención completa.



6 Cobertura médica

Para conocer la lista de centros médicos con servicio de atención domiciliaria cerca de su casa, puede visitar el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw>
→ Servicios → Programas → Otros servicios de atención domiciliaria.

Atención integral de médicos de cabecera

Se trata de un “equipo de atención comunitaria” formado por la cooperación entre más de cinco clínicas primarias locales y el hospital local, con el fin de combinar fuerzas para brindar atención comunitaria.

El servicio incluye:

1. El “equipo de atención comunitaria” dispone de una línea directa de atención telefónica para responder inmediatamente sus dudas y proveer atención médica continua y completa.
2. Por medio del servicio de educación sobre manejo y cuidado de la salud, se instruye a cada persona sobre los principios correctos para mejorar la salud, refuerza la detección de enfermedades y la vacunación, aumenta la capacidad de cuidarse usted de su salud, etcétera.
3. Si necesita ir al hospital para realizar mayores estudios o ver a un especialista, su médico de cabecera lo asistirá para derivarlo o gestionar la internación según el caso. El hospital, por su parte, colaborará informando inmediatamente a la clínica sobre los resultados de los exámenes y las evaluaciones de los especialistas. La asistencia de su médico de cabecera le permitirá dar con la especialidad y el médico correctos; a su vez, le evitará someterse a estudios o tomar medicamentos innecesarios, le ahorrará tiempo de espera de cama de internación y le restará los inconvenientes de ir directamente a atenderse al hospital sin conocimiento previo.
4. Cuando su condición se estabilice, el hospital puede asistirlo para que, a su regreso al consultorio de su médico de cabecera, siga



recibiendo atención médica en forma ininterrumpida.

Cómo ingresar al “programa de atención integral de médicos de cabecera”

Para seleccionar al profesional más adecuado para el paciente, la Administración del Seguro Nacional de Salud analiza el comportamiento del paciente en cuanto a realizar consultas en consultorios externos de medicina occidental durante el último año. La clínica que haya visitado con mayor frecuencia será considerada como su principal proveedor de atención médica. Una vez que se incorpore dicha clínica al programa como clínica de atención comunitaria, la Administración de Seguro Nacional de Salud le enviará una nómina con el servicio público de atención integral. Además, los médicos que se incorporen al programa podrán incluir por sí mismos al programa a familiares del paciente en cuestión o sus propios pacientes principales.

Si desea conocer los miembros del “Equipo de atención comunitaria”, puede llamar al servicio de atención telefónica del seguro de salud al 0800-030-598, o por teléfono móvil al 02-4128-678, o visitar el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Programas → Atención integral de médicos de cabecera → Sección de miembros → Médicos de cabecera cercanos a su domicilio.

Optimización del pago de gastos médicos

“Es mejor prevenir que curar”. Para la mayoría de las enfermedades, cuanto antes se detectan y se tratan, mayor es la probabilidad de recuperarse. Por otro lado, para las enfermedades crónicas o aquellas que requieren un largo proceso de tratamiento, si el paciente coopera con el médico tomando a tiempo las medicinas indicadas, mientras se pueda controlar la enfermedad apropiadamente, también podrá llevar una vida normal.



6 Cobertura médica

Con la premisa de “comprar la salud para la gente”, la Administración del Seguro Nacional de Salud ha armado paquetes completos de “optimización del pago de gastos médicos” para una serie de enfermedades comunes seleccionadas. El programa ofrece una serie de incentivos para que los centros médicos brinden una atención médica completa y sostenida. En tal sentido, sujeta el pago de los gastos médicos a la calidad y efectividad de los tratamientos, como una forma innovadora de comprar realmente la salud.

El servicio incluye:

El programa de “optimización del pago de gastos médicos” actualmente cubre: diabetes, enfermedades crónicas del riñón en su etapa temprana, asma, portadores de hepatitis crónica B y C, cáncer de mama, atención por embarazo y parto, intervención temprana y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En el año 2019, con el fin de mejorar la calidad de la atención clínica de farmacia en los hospitales, se incorpora el “Programa de seguridad y calidad para medicamentos hospitalarios”. Los hospitales han revertido la postura previa en la que el enfermo debía buscar al médico, cambiándola por una actitud de asistencia proactiva al paciente, asumiendo el manejo de los casos individuales. Esto se traduce en programar los tratamientos en conjunto con el paciente, recordarle al paciente que tome a tiempo su medicina, hacer el seguimiento de su condición y recordarle las fechas en que debe volver al médico.

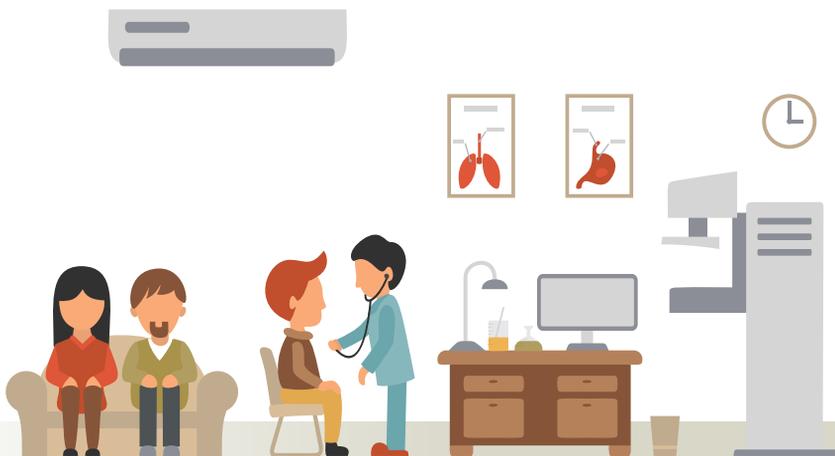
Cómo recibir el servicio

Simplemente acceda a la página web de seguro Nacional de salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Declarar y pagar gastos médicos → Pagar gastos médicos → Optimización de pago de gastos médicos. O bien comuníquese telefónicamente con la división correspondiente de la Administración Nacional del Seguro de Salud y solicite la nómina de hospitales del programa de “Optimización



de pagos de gastos médicos”. Usted puede ir directamente al médico en cualquiera de esos sitios o a través de una derivación.

Si el diagnóstico médico confirma que usted padece una de las enfermedades incluidas en el programa, entonces un equipo médico profesional le ayudará a controlar la enfermedad y formulará un plan de tratamiento integral, sin necesidad de que usted realice gestión alguna. Atención: para recibir atención integral y seguimiento efectivos, le recomendamos que continúe su tratamiento en un mismo centro médico.





7

Cómo obtener atención médica con la cobertura

Recuerde llevar el carné cuando vaya al médico

Ya sea cuando vaya a hacer una consulta médica, a retirar medicamentos o a realizarse estudios, por favor recuerde llevar el carné del seguro de salud, que le servirá como credencial para obtener los beneficios del seguro (no exime del pago de cuota de inscripción y coseguros).

Si se olvida de llevar el carné, se le exigirá abonar por adelantado todos los costos de la atención médica. Posteriormente, si dentro de los 10 días hábiles subsiguientes lleva el carné y los recibos a la clínica u hospital donde se atendió, se le devolverá el dinero, previa deducción de los coseguros correspondientes.





Recuerde retirar la receta al terminar la consulta

Como responsable de su atención médica, el médico decide qué remedios debe tomar. Luego, el farmacéutico preparará sus medicinas de acuerdo con la receta hecha por el médico, y al mismo tiempo le advertirá sobre los puntos a los que deberá prestar atención al emplearlo.

Por lo tanto, una vez finalizada la consulta, el médico le dará una receta con el medicamento que necesita consumir, la cantidad y el modo de aplicación. Por favor, vaya con la receta y su tarjeta del seguro a una de las farmacias asociadas al seguro de salud para retirar el medicamento dentro de los tres días posteriores a la fecha de emisión de la receta (la receta caduca al superar los 3 días; los días feriados no se cuentan). Si la clínica o el hospital donde se atendió tiene farmacia propia, puede retirar el medicamento directamente allí.

La receta debe incluir:

1. Nombre completo, edad (o fecha de nacimiento: año, mes, día) y sexo del paciente.
2. Diagnóstico y firma o sello del médico que emitió la receta.
3. Nombre, dirección y teléfono de contacto de la clínica u hospital.
4. Nombre, tipo, cantidad, dosis e instrucciones de uso (por ejemplo, cada cuánto y por cuánto tiempo tomar y demás cuestiones a considerar) del medicamento.
5. Fecha de emisión e instrucciones de reposición (cuántas veces y cada cuántos días puede retirar el/los medicamentos con la misma receta)

Recuerde agendar los turnos dentro de los plazos

Cuando el médico le receta exámenes, estudios o algún tratamiento de rehabilitación, por favor asegúrese de agendar los turnos y recibir



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

la atención médica por parte del centro médico asociado dentro de los plazos especificados abajo (si el último día es feriado, pasa al siguiente día hábil). Si excede el vencimiento, el centro médico asociado no podrá agendarle turnos ni brindarle atención médica.

1. Receta de exámenes y estudios: 180 días desde el día de emisión.
2. Receta de tratamiento de rehabilitación: 30 días desde la fecha de emisión.

Proceso de la consulta



Nota: La cuota de inscripción son gastos administrativos cobrados al público por el centro médico. Según el Acta de Seguro Nacional de Salud, la cuota de inscripción no es cubierta por el Seguro Nacional de Salud, ni es cobrada por este. Puede consultar cualquier duda con la oficina de salud pública local.

Reglas para las recetas estándar

Por cada vez que el médico emite una receta, el criterio estándar es recetar las dosis necesarias para 7 días como máximo. En el caso de las enfermedades crónicas, el máximo de medicación por receta es para 30 días (para más información sobre recetas con reposición para enfermedades crónicas, por favor vea el capítulo 9).

Si la farmacia no tiene en stock el medicamento recetado, y el médico tampoco especificó que debe emplearse



indefectiblemente la marca prescrita, entonces el farmacéutico puede ofrecer como reemplazo una medicación de otra marca que tenga los mismos componentes, forma y cantidad que la recetada originalmente, y cuyo precio no sea mayor a aquella.

Reglas para las derivaciones

Cuando el hospital o clínica asociados carezcan del personal, equipamiento o especialización requeridos y, en consecuencia, no puedan brindarle una atención completa, deberán derivarlo a otro centro médico que sí tenga la capacidad. Pero si su condición es relativamente crítica, el centro médico asociado deberá brindarle una atención de urgencia apropiada antes de efectivizar la derivación. Asimismo, si después de recibir la atención médica su condición ya tiende a estabilizarse y no necesita seguir atendiéndose en dicho centro médico, este deberá transferirlo nuevamente al centro médico de donde provino la derivación original u otro centro médico asociado adecuado para que realice el seguimiento.

Si su situación concuerda con la descrita arriba y requiere una derivación, su médico de cabecera o el personal del mostrador de derivaciones del centro médico asociado harán por usted los arreglos necesarios, incluidas la registración y la gestión del turno con la especialidad requerida. La derivación tampoco necesita realizarse en forma escalonada entre hospitales de mayor o menor envergadura. Se recomienda que se comunique con el médico cuando este genere la derivación, para coordinar juntos a qué médico o establecimiento será derivado, ya que usted sólo podrá atenderse en el hospital o clínica y especialidad registrados en la boleta de derivación. Sólo de esta forma se podrá efectivizar la cobertura del seguro con el pago del coseguro, y al mismo tiempo el médico podrá ofrecerle el servicio médico más acorde a sus necesidades.



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

Si por razones especiales realmente no puede acudir al médico dentro en la fecha especificada en la boleta de derivación, puede solicitar directamente en el mostrador de derivaciones del centro médico asociado al que fue transferido que lo ayuden a fijar una fecha de consulta alternativa (para más información sobre derivaciones, vea el capítulo 6).

Coseguros

Cuando vamos al médico, ya sea en una clínica u hospital, además de los gastos médicos que el Seguro Nacional de Salud paga por nosotros, hay una pequeña porción de dinero que debe pagar uno mismo y es lo que llamamos “coseguro”. Este pago sirve para recordarnos que los recursos médicos son muy valiosos, que son para ayudar a la gente que se enferma y que debemos utilizarlo donde se necesita, no podemos desperdiciarlos.

Los coseguros que paga el paciente en las consultas externas en general son el coseguro básico de consulta y el coseguro de medicación. Si en la consulta ambulatoria usted además recibe fisioterapia o tratamiento de traumatología de medicina tradicional china, entonces deberá abonar adicionalmente el “coseguro de rehabilitación” (incluye traumatología de medicina tradicional china). Y si se dispone su internación, al salir de la misma deberá abonar el “coseguro de internación”.





1. Coseguro básico de consulta ambulatoria

Tipo de establecimiento	Coseguro básico					
Hospital	Medicina occidental		Emergencias (según triaje)		Dentista	Medicina tradicional china
	Con derivación	Sin derivación	Niveles 1 y 2	Niveles 3-5		
Centro Médico	170 \$NT	420 \$NT	450 \$NT	550 \$NT	50 \$NT	50 \$NT
Hospital regional	100 \$NT	240 \$NT	300 \$NT		50 \$NT	50 \$NT
Hospital local	50 \$NT	80 \$NT	150 \$NT		50 \$NT	50 \$NT
Clínica	50 \$NT	50 \$NT	150 \$NT		50 \$NT	50 \$NT

Notas

- Quienes poseen “certificado de discapacidad” abonarán siempre un coseguro de 50 \$NT en cada consulta ambulatoria, independientemente del tipo de establecimiento médico.
- Siempre y cuando cuenten con el aval médico para continuar con el tratamiento de la afección causal de la derivación, se considerarán como parte de la misma derivación: la primera consulta de los pacientes que regresan al médico dentro del mes después de una operación común o de emergencia, o después de una internación; o la primera consulta de aquellos que regresan al médico dentro de las 6 semanas a partir de la salida del hospital tras un parto; o hasta 4 consultas dentro del mes desde la consulta derivada. No obstante, para que sea efectivo, el paciente deberá contar con un comprobante de las consultas emitido por el hospital donde tuvieron lugar.

2. Coseguro de medicamentos:

Gasto medicinal	Coseguro	Gasto medicinal	Coseguro
100 \$NT o menos	0 \$NT	601-700 \$NT	120 \$NT
101-200 \$NT	20 \$NT	701-800 \$NT	140 \$NT
201-300 \$NT	40 \$NT	801-900 \$NT	160 \$NT
301-400 \$NT	60 \$NT	901-1.000 \$NT	180 \$NT
401-500 \$NT	80 \$NT	Más de 1.000 \$NT	200 \$NT
501-600 \$NT	100 \$NT		



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

3. Coseguro de rehabilitación (incluye traumatología de medicina tradicional china)

Si recibe fisioterapia o tratamiento de traumatología de medicina tradicional china en consultorios externos, a partir de la segunda sesión de un mismo tratamiento deberá abonar un coseguro de 50 \$NT por sesión (no incluye fisioterapia de grado intermedio y compleja, ni tratamientos complejos).

4. Coseguro de internación:

El porcentaje del costo total que representa el coseguro de internación en un hospital asociado depende de si se trata de una habitación de agudos o crónicos, y de la cantidad de días de internación:

Tipo de habitación	Porcentaje correspondiente al coseguro			
	5%	10%	20%	30%
Habitación de agudos	-	Hasta 30 días	31-60 días	Más de 60 días
Habitación de crónicos	Hasta 30 días	31-90 días	91-180 días	Más de 180 días

Nota: Si por una misma afección permanece internado en una habitación de agudos por 30 días o menos, o en una habitación de crónicos por 180 días o menos, entonces el coseguro a abonar se rige dentro del límite superior. El límite superior se actualiza una vez por año; por ejemplo, en el período desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019, si por una misma afección permanece internado hasta 30 días en una habitación de agudos, o hasta 180 días en una habitación de crónicos, el límite máximo del coseguro es de 39.000 \$NT por vez, mientras que el límite máximo del coseguro por internación durante el año completo es de 65.000 \$NT. Si el monto abonado supera el límite máximo del coseguro del año completo, puede solicitar el reintegro antes del día 30 de junio del año siguiente (nota: el Ministerio de Salud y Bienestar anuncia cada año el límite máximo del coseguro de internación para ese año).



Cómo solicitar un reintegro:

1. Complete el Formulario de reintegros del Seguro Nacional de Salud y adjunte el recibo original de los gastos médicos, junto con el detalle de los mismos (en caso de que acepte el cálculo del monto de reintegro hecho unilateralmente por el personal del seguro, no debe agregar los adjuntos). Presente dicha documentación en la división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud correspondiente al centro médico donde se atendió inicialmente.
2. Para obtener el formulario, puede acercarse a cualquier división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud o descargarlo en: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Gastos de consulta médica y reintegros → Reintegro de gastos médicos → Introducción sobre el reintegro de gastos médicos y formularios → Formulario de reintegro de gastos médicos.

¿Quiénes pueden eximirse del pago de coseguros

1. Pueden eximirse de todos los coseguros:
 - (1) Enfermos o heridos graves, mujeres dando a luz, quienes se atienden en zonas montañosas o islas periféricas
 - (2) Habitantes de las Islas periféricas que realizan consultas en la isla principal de Taiwán, ya sea de emergencia o con derivación de un centro médico local.
 - (3) Veteranos y familiares dependientes de veteranos fallecidos con la inscripción “veterano” en el carné del seguro.
 - (4) Hogares de bajos ingresos.
 - (5) Niños menores de 3 años.
 - (6) Pacientes con registro de tuberculosis que reciben atención en hospitales asociados.



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

(7) Afiliados al seguro de trabajo atendidos por accidentes laborales.

(8) Pacientes que sufren envenenamiento por policlorobifenilo.

(9) Personas con más de cien años de edad.

(10) Conscriptos con credencial del servicio militar alternativo (incluye el servicio militar alternativo común y la primera y segunda etapas del servicio militar alternativo de investigación y desarrollo).

2. Pueden eximirse del coseguro de medicamentos

(1) Aquellos que presentan una receta con reposición por enfermedad crónica (con medicación para 28 días o más). El Ministerio de Salud y Bienestar ha declarado 100 tipos de enfermedades crónicas, incluidas la hipertensión, diabetes, etc. Para ver la lista completa, visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud en: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Atención médica → Enfermedades crónicas y recetas → Recetas con reposición para enfermedades crónicas.

(2) Consultas a dentistas

(3) Aquellos que se atienden por enfermedades listadas en el programa de “pago por casos” del Seguro Nacional de Salud.

3. Pueden eximirse del coseguro de rehabilitación

(1) Quienes reciben fisioterapia de grado intermedio a compleja realizando 3 o más tipos de tratamiento intermedio a la vez (por ejemplo, la estimulación eléctrica muscular, entre catorce tipos de tratamiento), totalizando más de 50 minutos de duración por sesión.

(2) Quienes reciben fisioterapia compleja realizada necesariamente con la presencia de especialistas, como



el entrenamiento para el equilibrio, entre siete tipos de terapia. Se limita a las recetas emitidas por especialistas en rehabilitación.

4. Habitantes de regiones con carencias de recursos médicos

Los habitantes de regiones con carencias de recursos médicos pueden recibir un descuento del 20% del coseguro cuando realizan consultas externas o de emergencia, o cuando reciben atención domiciliaria. La Administración del Seguro Nacional de Salud anuncia anualmente el listado de regiones con carencias de recursos médicos.

Recibo de pago y detalle de gastos médicos y medicamentos

Después de visitar al médico o antes de retirarse de la clínica u hospital, por favor recuerde pedir el recibo de pago y los detalles de gastos médicos y medicamentos. Y asegúrese de guardarlos bien.

1. Recibo de pago

El detalle del recibo de pago debe incluir los gastos a cargo del seguro de salud y los gastos a cargo del afiliado, así como el número de serie de consulta médica del carné del afiliado. En la declaración personal de impuestos, los recibos de pago le servirán como prueba documental para realizar deducciones; mientras que los números de serie de las consultas médicas sirven para contabilizar las consultas externas en todo el año y prevenir errores en el uso del carné.

Algunas clínicas u hospitales emitirán el recibo por separado, mientras que otras lo imprimirán junto con el detalle de gastos médicos.

2. Detalle de gastos médicos

El detalle de gastos médicos debe incluir los aranceles abonados por el afiliado en la consulta (cuota de inscripción, coseguros y



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

otros gastos), gastos declarados por el seguro (exámenes médicos, diagnóstico y tratamiento, medicamentos, servicio farmacéutico), etc. Si recibió algún tratamiento de rehabilitación de medicina occidental o tratamiento de traumatología de medicina tradicional china, también deben estar listados.

Con este detalle, después de realizar la consulta, usted podrá corroborar si los gastos puestos a su cargo y el monto abonado de su bolsillo son correctos. Al mismo tiempo, podrá observar cuáles son los ítems cubiertos por el seguro de salud.

3. Detalle de medicamentos

El detalle de medicamentos debe incluir nombre, apellido y sexo del paciente; nombre, gramaje, cantidad, modo de empleo y dosis de los medicamentos; nombre, dirección y número de teléfono del lugar de preparación (establecimiento médico o farmacia); nombre y apellido de la persona responsable de la preparación; fecha, advertencias y demás informaciones relevantes de la preparación (o entrega) de los medicamentos. Esta información debe imprimirse en el paquete del medicamento tal como estipula la Ley de Asuntos Farmacéuticos. Si no es posible indicarlo en el paquete, deberá proveerse por separado.

El detalle de medicamentos le permitirá conocer claramente qué medicamentos consumirá y cómo emplearlos. Asimismo, si usted necesita atenderse con diferentes médicos, también puede llevarles este detalle como referencia.

Si necesita pagar de su bolsillo, el médico debe avisarle antes

Siempre que el médico vaya a brindarle un tratamiento que no esté cubierto por el seguro de salud, debe avisarle previamente y consultarle si está de acuerdo.



Si tiene alguna duda sobre los gastos a cargo del afiliado en el detalle de gastos médicos, puede solicitar al centro médico respectivo que lo ayude verificarla, o llamar a la línea de atención telefónica del seguro de salud: 0800-030-598, o por teléfono móvil al 02-4128-678.

De acuerdo con el artículo 51 del Acta del Seguro Nacional de Salud, los siguientes gastos no están cubiertos por el seguro

1. Gastos de atención médica cubiertos por diferentes niveles del gobierno que están estipulados en otras leyes o decretos.
2. Gastos de vacunaciones preventivas cubiertos por diferentes niveles del gobierno.
3. Tratamientos de adicciones (incluidos el alcoholismo y el tabaquismo), cirugías estéticas, tratamientos de ortodoncia no relacionados con heridas, cirugías preventivas, técnicas de reproducción asistida, cirugías de cambio de sexo.
4. Preparaciones medicinales o medicamentos que estén fuera del rango de cobertura del seguro, no importa quién los indique (incluidos médicos o farmacéuticos).
5. Médicos, enfermeros y terapeutas designados particularmente por el afiliado.
6. Sangre, excepto cuando el médico considera que debe realizarse una transfusión de emergencia.
7. Pruebas médicas en cuerpos humanos.
8. Gastos de hospitalización diurna (excepto en casos de enfermedad mental)
9. Comida (excepto la introducida por sonda) y gastos diferenciales de habitación.
10. Gastos de transporte, registración y certificados del paciente.
11. Prótesis dentales, prótesis oculares, anteojos, audífonos, sillas de ruedas, bastones y demás dispositivos que no poseen función terapéutica activa.



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

12. Otros tratamientos y medicamentos anunciados por el Seguro Nacional de Salud que, previa evaluación y ratificación por autoridades competentes, se estipulan ajenos a la cobertura del seguro.

Pago de diferencia para dispositivos especiales

1. Con el fin de brindar mayores opciones de atención médica a la población, la Administración del Seguro Nacional de Salud ha incluido coberturas parciales de dispositivos especiales.

La Administración del Seguro Nacional de Salud cubre actualmente ciertos dispositivos especiales que han satisfecho las necesidades de uso con muy buenos resultados. No obstante, dado que las funcionalidades de los artículos médicos se actualizan y mejoran constantemente, aparecen dispositivos más avanzados que representan costos más elevados y no pueden ser cubiertos en su totalidad por el seguro. Para alivianar la carga y darle más opciones a la población, la Administración del Seguro Nacional de Salud ofrece la posibilidad de cobrarle al paciente la diferencia de costo si quiere acceder a dispositivos más avanzados; es decir, el seguro de salud asume el costo del dispositivo básico, y el paciente abona la diferencia.

Al 1 de enero de 2019, el seguro de salud registra los siguientes tipos de dispositivos especiales:

- (1) Prótesis de extremidades

Se incluyen entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de marzo de 1995. Actualmente el seguro de salud cubre prótesis de extremidades comunes, mientras que la población puede optar por prótesis con funcionalidades especiales, personalizables, más estéticas abonando la



diferencia. Si el paciente, previa explicación por parte del médico, decide optar por prótesis de extremidades con funcionalidades especiales, el seguro de salud abonará el valor de una prótesis común, y el paciente abonará la diferencia.

(2) Marcapasos especial

Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 3 de agosto de 1995. El marcapasos que cubre actualmente el seguro de salud (incluye cables de electrodos) estimula el corazón mediante leves corrientes eléctricas que sirven para corregir la frecuencia cardíaca y mantener la función cardíaca estimulando los latidos. Mientras que el nuevo marcapasos con funciones especiales posee mayor capacidad de detección de señales, mayor adaptación a los requerimientos de la función cardíaca, y puede ajustarse más a los requerimientos clínicos del paciente en el largo plazo. Pero este regulador de ritmo cardíaco también tiene sus contraindicaciones, por eso se requiere una evaluación detallada de un médico especialista para elegir el mejor tratamiento.

Si tiene indicado usar marcapasos y decide utilizar uno con funciones especiales, el seguro de salud le cubrirá el costo de un marcapasos estándar, y usted deberá abonar la diferencia.

(3) Stent coronario liberador de drogas

Incluido entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de diciembre de 2006. Los stents estándar cubiertos actualmente por el seguro son aptos para el uso. Mientras que el stent coronario liberador de drogas es un stent común con una capa de medicación que ayuda a evitar el estrechamiento del vaso sanguíneo. No obstante, también tiene contraindicaciones y efectos secundarios, por lo que la elección del tratamiento debe ser evaluada por el especialista.



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

Si tiene indicado el uso de stent y opta por utilizar el stent coronario liberador de drogas, el seguro de salud le cubrirá el costo de un stent común, y usted deberá abonar la deferencia.

(4) Articulación artificial de cadera de material especial

Incluye una articulación artificial de cadera de cerámica y un recubrimiento acetabular total de polietileno de ultra alto peso molecular con antioxidantes, que forman parte del programa de adquisición de artículos con pago de diferencia desde el 1 de enero de 2007 y el 1 de octubre de 2018 respectivamente. Las prótesis de cadera que cubre actualmente el seguro de salud están hechas de alianzas metálicas de titanio o de cobalto-cromo-molibdeno. Y el recubrimiento acetabular cubierto por el seguro es de polietileno de alta densidad y alta resistencia al desgaste; su tasa de desgaste es de por sí bastante baja: en condiciones normales puede durar entre 15 y 20 años. La Asociación Ortopédica de la República de China sostiene que las prótesis de cadera cubiertas por el Seguro Nacional de Salud son del más alto estándar mundial, tanto en materiales como en calidad; siempre y cuando se usen con el suficiente nivel de cuidado, tienen alta posibilidad de no requerir una nueva operación de recambio de prótesis.

Para aquellos cuya condición es apta para el uso de prótesis de cadera tradicionales, si desean colocarse una articulación artificial de cadera de cerámica o un recubrimiento acetabular total de polietileno de ultra alto peso molecular con antioxidantes, el seguro de salud les cubrirá el costo de una prótesis tradicional, y los pacientes deberán abonar la diferencia. No obstante, estas prótesis también tienen contraindicaciones y efectos secundarios, por lo que la elección de la mejor opción debe ser evaluada con el especialista.



(5) Lentes intraoculares especiales

Se incluyen entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de octubre de 2007. A todos aquellos que se han sometido a operaciones de cataratas o glaucoma, el seguro de salud les cubre el costo de lentes intraoculares convencionales. Estas pueden ser de Polimetilmetacrilato (PMMA), silicona o acrílico, y poseen muy buena estabilidad en el largo plazo. Con experiencias de duración de veinte años en pacientes de Taiwán según oftalmólogos, las lentes convencionales son aptas para más del 90% de los pacientes con cataratas o glaucoma. Mientras que las lentes intraoculares especiales poseen superficie esférica, mayor foco, corrección del astigmatismo, entre otras características. No todos los pacientes con cataratas o glaucoma pueden usarlas, por lo que el médico deberá evaluar la condición particular del paciente y elegir de común acuerdo la mejor opción.

Si un paciente con cataratas o glaucoma que tiene indicado el uso de lentes intraoculares, después de evaluar minuciosamente con el médico opta por utilizar lentes intraoculares especiales, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente a las lentes convencionales, y el paciente deberá abonar la diferencia.

(6) Válvula cardíaca bioprotésica de material especial

Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de junio de 2014. Las válvulas artificiales convencionales que provee actualmente el seguro de salud son aptas para la mayoría de los pacientes. En comparación con las convencionales, las válvulas bioprotésicas nuevas de material especial poseen mejoras en lo que respecta a la tecnología anti-calcificación, forma de fijación del tejido biológico, material de sostén de la válvula, diseño del método de implantación, vida útil,



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

etcétera. No obstante, las válvulas especiales también tienen sus contraindicaciones y efectos secundarios, por lo deberá evaluar con el especialista cuál es la mejor opción.

Si tiene indicado utilizar una válvula cardíaca bioprotésica y, después de evaluar minuciosamente con el médico, opta por utilizar una de material especial, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente a las válvulas convencionales, y usted deberá abonar la diferencia.

(7) Sistema de derivación ventriculoperitoneal regulable

Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de junio de 2015. El sistema de derivación ventriculoperitoneal que cubre actualmente el seguro de salud es una válvula de drenaje con presión fija que brinda muy buenos resultados a pacientes con condición estable, por lo que es apto para la gran mayoría de los pacientes. Pero para pacientes inestables cuya condición puede cambiar en el futuro (por ejemplo, pacientes con hidrocefalia de presión normal, pacientes con traumatismos o heridas, pacientes pediátricos, etc.), si en el futuro necesitan cambiar la configuración de presión, probablemente tengan que reemplazar el dispositivo. En cambio, con el sistema de derivación ventriculoperitoneal regulable se puede ajustar la presión desde fuera del cuerpo sin necesidad de realizar una operación. No obstante, la elección entre un sistema u otro debe realizarse mediante la evaluación de un especialista, para dar con el tratamiento más adecuado.

Si un paciente que tiene indicado utilizar un sistema de derivación ventriculoperitoneal, después de evaluar detalladamente con el médico, opta por utilizar uno regulable, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente al sistema convencional, y el paciente deberá abonar la diferencia.



(8) Dispositivos de aplicación de medicamentos para tratamiento de la estenosis de la arteria femoral superficial

Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de mayo de 2016. El stent para la arteria femoral superficial que cubre actualmente el seguro de salud es del tipo de los que no liberan medicamentos. Se ajusta su tamaño en función del vaso sanguíneo afectado, y de esta manera evita un mayor estrechamiento o desprendimiento del vaso sanguíneo, manteniendo desbloqueado el flujo sanguíneo. En comparación con los globos y stent convencionales (que son de metal desnudo), los nuevos dispositivos de aplicación de medicamentos para el tratamiento de la estenosis de la arteria femoral superficial (el stent y el globo liberadores de medicamentos) tienen una tasa de obstrucción más baja después del año. No obstante, dado que la condición de cada paciente es distinta, la elección entre un dispositivo u otro debe realizarse mediante la evaluación de un especialista para dar con el tratamiento más adecuado.

Si un paciente con estenosis de la arteria femoral superficial, después de evaluar con el médico, opta por colocarse un dispositivo de aplicación de medicamentos, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente al stent de arteria femoral superficial convencional, y el paciente deberá abonar la diferencia.

(9) Catéter de criablación para fibrilación auricular

Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de noviembre de 2017. El Catéter de Registro de Electrocauterización de Diagnóstico de Enfriamiento por Perfusión (3D) que cubre el seguro de salud sirve para realizar operaciones complejas de aurículas o arritmia ventricular mediante la técnica de convertir energía eléctrica en calor para realizar la cauterización del tejido cardíaco punto por punto con la



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

punta del catéter. Mientras que el nuevo catéter de crioablación para fibrilación auricular, en comparación, reduce el tiempo de operación y disminuye el dolor. No obstante, como la condición de cada paciente es distinta, y además la zona a tratar también varía, la elección entre un dispositivo u otro debe ser evaluada por un especialista para dar con el tratamiento más adecuado.

Si un paciente con fibrilación auricular, después de evaluar minuciosamente con el médico, opta por utilizar el catéter de crioablación, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente al Catéter de Registro de Electrocauterización de Diagnóstico de Enfriamiento por Perfusión (3D), y el paciente deberá abonar la diferencia.

- (10) Clavos intramedulares Gamma extensibles de material especial
- Se incluye entre los artículos con opción de pago de diferencia desde el 1 de junio de 2018. Los clavos intramedulares Gamma convencionales cubiertos actualmente por el seguro de salud sirven para fijar fracturas intertrocanteréas. Dado que la región intertrocanterea se ubica en el fémur proximal, se utilizan clavos intramedulares relativamente cortos, que brindan la suficiente fuerza de fijación de la fractura para facilitar la curación. Si la posición de la fractura del fémur proximal se extiende hacia abajo, (por ejemplo, fractura intertrocanterea combinada con fractura subtrocantérea, fracturas subtrocantéreas, fracturas femorales proximales, fracturas femorales patológicas, etc.), dado que en algunos casos el área de la fractura es bastante grande, los clavos intramedulares Gamma convencionales no son los suficientemente largos para lograr la fuerza de fijación necesaria. En esta situación se requieren clavos intramedulares Gamma extensibles.



Si un paciente, después de evaluarlo minuciosamente con el médico, opta por utilizar clavos intramedulares Gamma extensibles de material especial, el seguro de salud le cubrirá el costo equivalente a los clavos intramedulares Gamma convencionales, y el paciente deberá abonar la diferencia.

- 2. Desde el 1 de diciembre de 2018, el sistema personalizado de fijación craneofacial asistida por computadora deja de ser pagado parcialmente por el afiliado y pasa a ser cubierto en su totalidad por el seguro de salud, siempre y cuando el paciente cumpla con las condiciones estipuladas para la cobertura.**
- 3. Para reforzar la comprensión de la información por parte del paciente, la Administración del Seguro Nacional de Salud ha estipulado que cuando los establecimientos médicos le recomiendan a un paciente utilizar un dispositivo especial abonando la diferencia, la información relativa al caso de ser pública, se debe informar cabalmente, y debe firmarse el consentimiento.**

Para que el paciente reciba información completa cuando un establecimiento médico le ofrece dispositivos especiales dentro del plan de pago de diferencia, el proceso de provisión de información debe cumplir las siguientes dos etapas:

© **Primera etapa:**

- (1) Dos días antes de la operación o tratamiento (no incluye los casos urgentes), el médico debe explicar en forma acabada y entregar un instructivo al paciente o a un familiar. Dicho instructivo será firmado conjuntamente por el médico y el paciente o el familiar por duplicado: una copia se la queda el afiliado o el familiar, y la otra se guarda con la historia clínica del paciente.



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

- (2) El instructivo debe incluir: el costo del dispositivo especial por el cual el afiliado paga la diferencia, y las causas por las cuales el caso requiere aplicar las características puntuales de dicho dispositivo; puntos a tener en cuenta; efectos secundarios; y, a modo de comparación, el grado de eficacia que tendría la aplicación del dispositivo convencional que cubre en su totalidad el seguro de salud.

© Segunda etapa

- (1) Después de que el paciente o su familiar reciban la información relativa al tratamiento, la entidad médica detallará los costos del mismo y dará tiempo al paciente para evaluar. Posteriormente, ambas partes firmarán un acuerdo de consentimiento por duplicado: una copia se la quedará el paciente, y la otra se guardará con su historia clínica.
- (2) El acuerdo de consentimiento debe especificar: nombre y código del artículo por el cual el afiliado pagará la diferencia, número de habilitación del equipamiento médico, precio unitario, cantidad y monto a abonar por el afiliado.

El establecimiento médico debe entregarle un recibo al paciente o su familiar y un detalle de los dispositivos con pago de diferencia, con nombre, código de producto, precio unitario, cantidad y monto total de la diferencia a pagar por el afiliado.

La Administración del Seguro Nacional de Salud ha establecido que cualquier agregado o cancelación de un artículo con pago de diferencia, o cualquier cambio en el presupuesto, debe ser registrado en la Red Privada Virtual (VPN) del seguro de salud y anunciado en la página web del mismo. La población puede consultar los cargos de todos los establecimientos médicos en el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud (Inicio / Servicios/ Medicinas y dispositivos especiales / Dispositivos especiales /



Comparación de precios de dispositivos médicos a cargo del afiliado) y puede acceder mediante enlaces a las indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, advertencias, etc. de cada dispositivo.

Consultas y reclamos

Si cuando va al médico el establecimiento médico no se comporta de acuerdo con las normas expuestas arriba, puede realizar una consulta o reclamo mediante las siguientes vías:

1. Llamando al servicio de atención telefónica: 0800-030-598, o por celular al 02-4128-678.
2. A través de la casilla de correo para opiniones del sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw>→ Servicios→ Atención médica→ Reclamos sobre la atención médica.
3. Personalmente en cualquier división regional o centro de atención de la Administración del Seguro Nacional de Salud.

Solicitud de resolución de controversias

Si el afiliado no está de acuerdo con la determinación de la Administración del Seguro Nacional de Salud en alguno de los ítems listados abajo, tiene 60 días a partir del día siguiente del envío de la determinación por parte de la Administración del Seguro Nacional de Salud, para solicitar la resolución de controversias a la Comisión de Resolución de Controversias del Seguro Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Bienestar:

1. Calificaciones del afiliado y trámite de afiliación
2. Determinación de la base salarial para el cálculo de la cuota
3. Cuota, recargo por atrasos y multas.
4. Cobertura



7 Cómo obtener atención médica con la cobertura

5. Contrataciones especiales

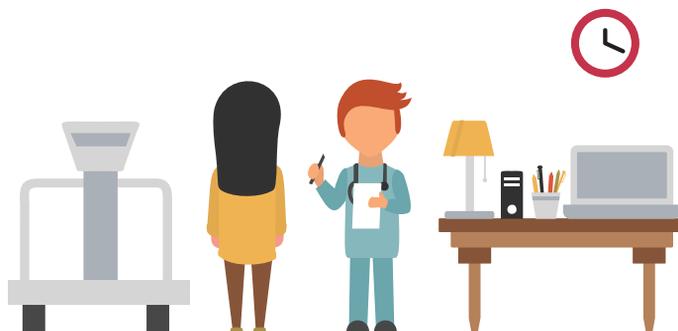
6. Otros asuntos relacionados con los beneficios del seguro

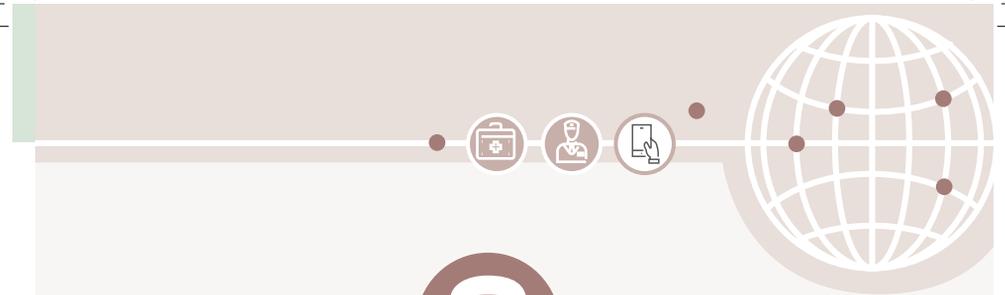
Datos de contacto de la Comisión de Resolución de Controversias del Seguro Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Bienestar:

Dirección: No. 488, Sec. 6, Zhongxiao E. Rd., Nangang Dist., Taipei City 11558, Taiwan (R.O.C.)

Web: <https://dep.mohw.gov.tw/NHIDSB/mp-117.html>

Contenido del servicio		Teléfono de contacto
Temas de resolución de conflictos	Cuota del seguro, cuota complementaria, calificaciones de afiliación, cobertura, emisión de certificado por enfermedad o herida grave, contrataciones especiales relacionadas con entidades proveedoras de servicios médicos y otros beneficios relacionados con el afiliado y la unidad de afiliación.	(02) 8590-7222





8

Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro

El carné general con chip del Seguro Nacional de Salud entró en vigencia el 1 de enero de 2004. Siempre y cuando la foto impresa sobre el carné se distinga correctamente, usted no necesitará presentar su documento de identidad para que el personal del establecimiento médico coteje cuando vaya al médico. Además, el chip del carné registra la información de sus seis últimas visitas al médico, incluidas las afecciones graves, datos de estudios y medicamentos. De esta manera, el carné aporta un valor agregado a su salud y mayor garantía cuando visita al médico.

Funciones del carné

1. Guarda registro de sus visitas al médico

El carné de seguro de salud es un testimonio de sus visitas al médico, que quedan en su totalidad registradas en el mismo.

2. Registra los estudios importantes y las recetas de medicamentos

El carné del seguro registra las medicinas y los estudios prescritos, de manera que cuando el médico atiende al paciente, puede utilizarlo para consultar los estudios y medicamentos recetados previamente.



8 Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro

Así se evita la duplicación de medicamentos o estudios, se garantiza su seguridad, se eleva la calidad de la atención médica y se evitan malgastos.

3. Registra las afecciones graves

Las afecciones graves que padece el afiliado quedan registradas en el carné. De tal manera, cuando un enfermo grave visita al médico, simplemente con presentar el carné ahorra el pago del coseguro.

Aquellos que ya solicitaron y obtuvieron certificado de afecciones graves, si cuando visitan al médico su carné todavía no tiene registradas dichas afecciones, pueden solicitar a la clínica u hospital que los ayuden actualizarlo, o bien pueden ir a un sitio que cuente con lector de carné (como son las divisiones regionales u oficinas de distritos, pueblos, ciudades o regiones de la Administración del Seguro Nacional de Salud) para que lo actualicen.

4. Registra su voluntad personal sobre donación de órganos, cuidados paliativos o aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos

Usted puede manifestar su voluntad respectivamente a través del Centro de Registros de la Fundación para la Donación de Órganos para Trasplantes, la Asociación de Cuidados Paliativos de Taiwán, o el Órgano Consultivo para la Administración de Atención Médica Preestablecida del Ministerio de Higiene y Bienestar. Dichas instituciones transmitirán la información a la oficina responsable del Ministerio de Salud y Bienestar y, previa confirmación, el Ministerio la retransmitirá a la base de datos de la Administración del Seguro Nacional de Salud. Cuando se actualice su carné, el personal médico podrá saber inmediatamente cuál es su voluntad respecto de la donación de órganos, el cuidado paliativo y/o aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos.



5. El mecanismo de verificación del carné advierte sobre su estado de afiliación

Si usted no está correctamente afiliado, no podrá ir al médico o internarse bajo la cobertura del seguro. El mecanismo de verificación del carné lo ayudará a cerciorarse de que su afiliación está efectiva para que, de ser necesario, pueda hacer correctamente el trámite de afiliación y acceder a los beneficios del seguro.

6. Sirve para registrarse al servicio on-line (o adherir un teléfono móvil)

La Administración del Seguro Nacional de Salud ha establecido en su página web el “Servicio de información personal online”, donde usted puede realizar diversos trámites online mediante el Certificado de Ciudadanía Digital. Desde el 4 de febrero de 2015, los afiliados pueden solicitar la inscripción al servicio online y realizar consultas y trámites utilizando su carné del seguro. Además, pueden bajar la app “Acceso móvil al Seguro Nacional de Salud” en Google Play o Apple store y gestionar allí el registro del carné y la adhesión del teléfono móvil para disfrutar los servicios electrónicos.

Actualización del carné

1. Momentos en que se actualiza

Cada vez que visita al médico, el establecimiento médico donde se registra verifica y actualiza la información del carné antes de brindar la atención médica o internación. Por favor, para evitar que su atención médica se vea afectada por no poder actualizar su carné, preste atención a su estado de afiliación, asegúrese de pagar la cuota tiempo y preserve bien su carné.

2. Lugares donde se actualiza

Normalmente, la clínica u hospital le actualiza el carné cada vez que se registra. Usted también puede actualizar su carné en los lectores



de carné de la cualquier oficina de distrito, centro de atención o división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud.

3. Actualización del estatus de afiliación

Si usted cambia su estatus de afiliación por “hogar de bajos ingresos” o “veterano desempleado”, podrá ahorrarse el pago de coseguros una vez que actualice su carné en cualquier división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud o en la clínica u hospital donde vaya a hacer la consulta médica.

¿Puede filtrarse la información médica personal del carné?

1. El carné del seguro de salud posee una estricta configuración de seguridad de la información. Para que puedan operar los lectores de carné de los establecimientos médicos, deben tener instalado el módulo de seguridad provisto por la Administración del Seguro Nacional de Salud, que aplica mecanismos estrictos de autorización y reconocimiento. Los médicos sólo pueden acceder a la información sobre afecciones graves, estudios prescritos, etc. del paciente utilizando su credencial, nadie puede obtener información sin esta. Así que no necesita preocuparse por la filtración de información sobre sus consultas médicas.
2. Usted también puede optar por configurar una clave (viene deshabilitada en la configuración predeterminada) para que, además de requerir el lector de tarjetas y el módulo de seguridad, deba ingresarse dicha clave para poder acceder a la información de su tarjeta.
3. La clave se puede configurar, actualizar o eliminar en cualquier centro de atención, oficina de contacto u oficina pública de la Administración del Seguro Nacional de Salud. En caso de olvidarse la clave, por favor diríjase con su documento de identidad (o envíelo vía fax) a cualquier centro de atención u oficina de contacto de la



Administración del Seguro Nacional de Salud para deshacer la configuración.

Preservación del carné

Es posible que el carné no pueda leerse normalmente por estar deteriorado o raspado. Por eso, por favor preste atención a lo siguiente:

1. Para prevenir el deterioro, evite doblar el carné demasiado, raspar el chip o imprimirle presión.
2. No moje el carné ni lo sumerge en agua. Tampoco friegue el chip con goma, alcohol ni solventes. No guarde el carné junto con elementos filosos o puntiagudos. Y evite colocarlo en ambientes corrosivos como aquellos demasiado ácidos o alcalinos.
3. Evite que el carné tome contacto con fuentes de electricidad, fuego o altas temperaturas, o dejarlo bajo el sol directo. Tampoco lo guarde en ambientes con campo magnético intenso como el producido por televisores o computadoras.
4. El carné puede durar muchos años y no necesita reemplazarlo si cambia de trabajo, así que por favor cuídalo apropiadamente.

Cómo solicitar el primer carné para recién nacidos o extranjeros

Desde el 1 de julio de 2015, aquellos que registran a un bebé recién nacido en una oficina de registro familiar pueden al mismo tiempo solicitar la afiliación del mismo al Seguro Nacional de Salud y la emisión del respectivo carné. En caso de que el bebé haya nacido en el extranjero, podrá aplicar para el seguro y solicitar el carné ante la unidad de afiliación que le corresponda, una vez que cumpla los seis meses de establecida la residencia.

Para solicitar un carné con foto, ya sea para bebés recién nacidos o extranjeros, por favor refiérase al capítulo 2 y complete el "Formulario



8 Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro

de solicitud del carné del seguro” de acuerdo con el estatus de afiliación que corresponda. Deberá adjuntar copia del documento de identidad y dos fotografías de 2 pulgadas (no es mandatorio para el caso de infantes que no han cumplido un año de edad) y enviarlo a la división regional correspondiente de la Administración de Seguro Nacional de Salud. El primer carné del seguro de salud se entrega sin cargo (el afiliado no paga el costo de producción). Si necesita ir al médico mientras espera el plazo de producción del carné, podrá recibir atención médica bajo la cobertura del seguro si va con el formulario de afiliación y un documento de identidad al establecimiento médico asociado donde desea atenderse y completa el “registro de atención médica excepcional”. En el caso de bebés recién nacidos de no más de 60 días de edad que aún no tengan su propio carné, pueden recibir atención médica como familiares dependientes con el carné del padre o la madre (el carné tiene registrado al bebé recién nacido).

Qué hacer si el carné se rompe, se pierde, o si debe cambiar el nombre o la foto

Con el fin de facilitarle al afiliado la atención médica y reducir las dificultades del establecimiento médico al cotejar la identidad del afiliado, y al mismo tiempo para evitar la falsificación de identidad, al momento de solicitar el carné (ya sea por primera vez o por recambio) se deberá adjuntar una fotografía, que quedará impresa en el mismo. En el caso de los menores de un año (dado que no se reconocen suficientemente en las fotografías) o en casos especiales se optará por el carné sin foto. Para simplificar el trámite, aparte de aportar una fotografía por sí mismo, el afiliado podrá solicitar que se busque alguna que ya esté en los archivos del seguro de salud o en el archivo fotográfico interdepartamental.

1. Retirar uno nuevo por mostrador

Si desea realizar el trámite personalmente, por favor diríjase con



su documento de identidad original, una fotografía de 2 pulgadas y 200 \$NT -para gastos de producción- a cualquier centro de atención u oficina de contacto de la Administración del Seguro Nacional de Salud. Si un representante va a realizar el trámite por usted, deberá presentar tanto el documento de identidad original de usted como el de él.

Para conocer las sedes de la Administración del Seguro Nacional de Salud donde se puede tramitar personalmente el recambio del carné, vea el apéndice: 'Teléfonos y direcciones de la sede central de Administración del Seguro Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Bienestar y sus divisiones regionales'.

2. Recibirlo en la oficina de correo (limitado para casos de extravío, daño, cambio de nombre o cambio de foto)

El solicitante deberá llevar su documento de identidad original (si el trámite lo realiza un representante, este deberá presentar tanto su documento de identidad original como el del solicitante) y completar el "Formulario de solicitud de la tarjeta de seguro". En el mismo deberá pegar una foto reciente de 2 pulgadas (en el frente) y una copia del documento de identidad. Y deberá abonar en la caja 200 \$NT por gastos de producción. En aproximadamente 7 días laborales recibirá el carné nuevo. El formulario se puede retirar en el correo o bajarlo del sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud.

© Para conocer el horario de atención y las direcciones de las oficinas locales del correo, visite la página web del correo oficial (Chunghwa Post): <https://www.post.gov.tw>

3. Solicitarlo por Internet

Para solicitar el carné por Internet, acceda a las siguientes plataformas (limitado al recambio por daño o pérdida del carné, o cambio de foto):



8 Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro

Plataforma de solicitud	Plataforma online multi-credencial del seguro	Servicio online de información personal del seguro	Página web de E.SUN Commercial Bank	APP de acceso móvil al Seguro Nacional de Salud	Sección sin requerimiento de certificados
Forma de uso	Ingresar utilizando el certificado de la unidad de afiliación (o el carné registrado por la persona responsable) o el Certificado Digital de Ciudadanía de la persona autorizada (o carné registrado)	Ingresar mediante el Certificado de Ciudadanía Digital (o carné registrado)	Ingresar mediante la tarjeta de débito del E.SUN Commercial Bank	La primera vez que ingresa, elija una de las siguientes formas para autenticar el dispositivo: 1. Código de dispositivo: use su Certificado Digital de Ciudadanía (o carné registrado) 2. Por teléfono móvil: Use su número de teléfono móvil de Taiwán con contrato de pago mensual e Internet (4G) del teléfono móvil	La operación se verifica mediante el número de registro del domicilio del solicitante. Después de realizar la solicitud y pago online, puede retirar el carné en la oficina de atención designada
Solicitantes	Todos los afiliados en una unidad de afiliación	El titular de la cuenta con la que se ingresó al sistema y sus familiares dependientes	El titular de la tarjeta de débito con chip	El titular de la cuenta con la que ingresó a la aplicación y sus familiares dependientes	Todos los taiwaneses afiliados
Formas de pago	Cajero automático online Cuenta corriente Descargando la boleta de pago	Cajero automático online Cuenta corriente Descargando la boleta de pago	Cajero automático online	Cuenta corriente	Cajero automático online Cuenta corriente



4. A través de la Oficina de Registro de Residencia

Aquellos que han extraviado su Documento Nacional de Identidad y su carné del seguro, o que deseen corregir datos (número de documento, nombre y apellido o fecha de nacimiento), pueden solicitar un nuevo carné junto con el Documento Nacional de Identidad en las oficinas locales del registro de residencia. El carné será entregado aproximadamente 7 días hábiles después de realizar el pago correspondiente. En principio, el carné se producirá con la foto de archivo del documento de identidad. Aquellos que nunca han tramitado el Documento Nacional de Identidad, como no cuentan con un archivo fotográfico, deberán solicitar la circular “Emisión de carné con fotografía (fotografía pendiente)” en la oficina de registro de residencia. A continuación, por favor escanee el código QR impreso en el comprobante que la darán, que lo llevará a la “Plataforma de carga de fotografía para el carné del seguro de salud”. Cargue allí su foto, y la Administración del Seguro Nacional de Salud emitirá su carné con la misma.

5. En oficinas locales (pueblos, ciudades o distritos)

Si pierde o daña el carné, puede solicitar uno nuevo en una oficina administrativa local cercana, acercándose personalmente al mostrador con su documento de identificación original y un archivo de fotografía (si el trámite lo hace un tercero, deberá presentar su documento de identidad y el del solicitante). Si la oficina donde realiza el trámite no es una de las equipadas por la Administración del Seguro Nacional de Salud para emitir carnés, recibirá el mismo aproximadamente 7 días hábiles después de abonar el trámite.

- © Para conocer las direcciones de las oficinas que emiten carné en el lugar mediante trámite presencial, visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud:



8 Funciones, actualización, preservación y solicitud del carné del seguro

www.nhi.gov.tw → Servicios → Solicitud y registro del carné → Cómo solicitar el carné → Reposición del carné → Sedes donde se retira el carné

Qué hacer cuando el carné no funciona aunque no esté deteriorado

Cuando el carné no funciona a pesar de que no se ha doblado, rajado, abollado, no se ha desprendido el chip, no ha cambiado de color ni se ha desgastado, puede solicitar una reposición gratuita a la Administración del Seguro Nacional de Salud, eligiendo alguna de las siguientes vías:

1. Por correo: complete el “Formulario de solicitud del carné del seguro”, pegue en el mismo una copia del documento de identidad y una fotografía de 2 pulgadas, y envíelo a la Administración del Seguro Nacional de Salud junto con el carné que ya no funciona.
2. Por mostrador: acérquese personalmente a cualquier oficina de atención de seguro de salud con su documento de identificación original (si el trámite lo hace un tercero, tendrá que presentar su documento de identificación original y el del solicitante), una foto de dos pulgadas y el carné que ya no funciona.

Atención:

1. Para facilitar la identificación por parte del personal médico, así como para evitar la falsificación del carné, cuando se solicita por primera vez o se solicita el reemplazo del carné, se debe adjuntar una foto de 2 pulgadas (todos los centros de atención y oficinas de contacto de la Administración del Seguro Nacional de Salud ofrecen servicio fotográfico gratuito). En el caso de bebés recién nacidos u otras personas con situaciones especiales, se debe solicitar el carné sin foto.



2. El recambio del carné tiene un costo 200 \$NT. Cuando se concluye la producción del carné nuevo, la Administración del Seguro Nacional de Salud anula automáticamente el carné viejo, de manera que ya no se puede usar.
3. Aquellos que van al médico con el carné sin foto deben presentar conjuntamente un documento de identidad, como el Documento Nacional de Identidad (los menores de 14 años que no tengan Documento Nacional de Identidad pueden presentar el Registro de domicilio o el Registro de Familia), licencia de conducir, pasaporte, residencia, etc., para que el establecimiento médico pueda verificar su identidad.
4. Si necesita ir al médico de urgencia pero aún no ha recibido el carné de reemplazo solicitado, puede ir al establecimiento médico que requiera con el comprobante de pago del reemplazo del carné y un documento de identidad, y completar el "Registro de atención médica excepcional". De tal forma, ya podrá recibir la atención médica bajo la cobertura del seguro.





9

Beneficios para pacientes con afecciones especiales

Enfermedades crónicas (recetas con reposición)

Si el médico le diagnostica que tiene una de las enfermedades crónicas anunciadas por el Ministerio de Salud y Bienestar, y esta enfermedad está estabilizada y es controlable con medicación periódica, entonces el médico le dará una “receta con reposición para enfermedades crónicas” que le evitará los gastos de tener que ir al médico frecuentemente para recibir recetas. Para más información sobre enfermedades crónicas, puede visitar el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Servicios médicos → Enfermedades crónicas y recetas → recetas con reposición para enfermedades crónicas.

El período de vigencia de las “recetas con reposición para enfermedades crónicas” se calcula según el número de días de medicación indicado en la receta. Con excepción de la solución para diálisis empleada en la diálisis peritoneal, cuya receta permite retirar medicamentos para un máximo de 31 días por vez según la condición





de la enfermedad, para el resto de las enfermedades el máximo son dosis para 30 días por vez. Y el número total de días de medicación por receta es de 90. Cada vez que retira el medicamento, el hospital, clínica o farmacia deberá verificar su carné, no obstante no contará como una visita al médico, sólo se registrarán los medicamentos retirados con la “receta con reposición para enfermedades crónicas”. Si retira medicación para más de 28 días por mes, aún estará exento del pago del coseguro de medicación.

Los enfermos crónicos que necesitan tomar medicamentos por periodos prolongados pero que no pueden ir personalmente al médico, ya sea por problemas de movilidad (verificado por un médico o mediante una declaración jurada provista por un apoderado), o por estar en altamar prestando servicio a bordo para compañías de pesca o que realicen rutas internacionales (declaración jurada provista por un apoderado), o por ser un paciente bajo vigilancia o asistencia (un apoderado debe presentar una copia del fallo judicial correspondiente), casos de demencia verificados por el especialista u otra circunstancia especial convalidada por la Administración del Seguro Nacional de Salud, pueden enviar a otra persona a visitar al médico para explicar su condición, y el médico podrá emitir la receta con reposición de una misma medicación que considere necesaria en función de lo explicado por el representante.

Las “recetas con reposición para enfermedades crónicas” pueden ahorrar numerosos gastos médicos, pero será el médico quien juzgará si a usted le corresponden recetas comunes o con reposición. Si su enfermedad es una de las catalogadas como crónicas por el Ministerio de Salud y Bienestar, no obstante su condición no es estable y requiere asistir frecuentemente a la clínica u hospital para someterse a revisiones, entonces usted no es apto para emplear las “recetas con reposición para enfermedades crónicas”.



9 Beneficios para pacientes con afecciones especiales

Puntos a considerar al utilizar recetas con reposición para enfermedades crónicas

1. Desde el 1 de junio de 2018 no se puede entregar recetas con reposición para enfermedades crónicas a aquellos que no presenten el carné, sólo pueden entregarse recetas comunes.
2. Si por un descuido extravió la “receta con reposición para enfermedades crónicas”, por favor vaya de vuelta a la clínica u hospital a ver al médico y abone el coseguro según la normativa vigente.
3. De acuerdo con el principio de evitar pagos duplicados que rige en la cobertura del Seguro Nacional de Salud, si extravió o daña los medicamentos prescritos en una receta continua para enfermedades crónicas y regresa al médico para obtener una nueva receta, deberá hacerse cargo del costo completo de los gastos médicos. Por lo tanto, sugerimos a los afiliados que manejen con cuidado los medicamentos.
4. Para evitar interrumpir el tratamiento, puede reponer los medicamentos 10 días antes de consumirlos por completo. Si dentro de ese lapso se encuentran los feriados por el Año Nuevo Lunar, dado que se trata de vacaciones largas, acorde con el principio de no interrumpir el tratamiento medicamentoso, puede retirar las medicinas con mayor antelación.
5. Puede retirar los medicamentos con la “receta con reposición para enfermedades crónicas” en la clínica u hospital donde se atendió o en cualquier farmacia asociada al Seguro Nacional de Salud. Si en el lugar donde se encuentra no hay farmacias asociadas, y tampoco puede dirigirse a la clínica u hospital donde se atendió, puede adquirir los medicamentos en otro hospital asociado o centro de salud de la zona.



6. Si planea salir del país por más de dos meses o regresar a una zona externa a la isla principal de Taiwán, o prestar servicios en altamar a bordo de un barco de pesca o para una compañía marítima que transita rutas internacionales, o si posee una enfermedad rara, o si es un paciente especial confirmado por la Administración del Seguro Nacional de Salud y necesita retirar la totalidad de los medicamentos recetados, entonces puede retirar de una vez la totalidad de los medicamentos prescritos en la receta con reposición para enfermedades crónicas presentando una declaración jurada en el momento de retirarlos. En caso de retirar la totalidad de una vez, el límite máximo son dosis para 90 días.
7. Si en el período en el que está tomando la medicina de una “receta con reposición para enfermedades crónicas” tiene alguna reacción adversa y necesita ir rápidamente al hospital o clínica donde se atendió, recuerde llevar la receta original y hablar con su médico. Asegúrese de informarle al médico sobre las medicinas de la receta que está tomando, para evitar que, por desconocimiento, el médico le recete medicina duplicada, afectando la seguridad del consumo de medicamentos.

Enfermedades graves

Si su afección es diagnosticada por el médico como una de las catalogadas por el Ministerio de Salud y Bienestar como “afección grave”, puede solicitar una evaluación para obtener un certificado de afección grave. También puede encomendar a otra persona, hospital o clínica hacer la solicitud por usted. En caso de otorgarse el certificado, la información relevante a la aprobación quedará registrada en su carné. Si dentro del período de vigencia especificado en el certificado



9 Beneficios para pacientes con afecciones especiales

va al médico por la afección especificada en el mismo, o bajo la consideración de un médico clínico recibe un tratamiento o hace una consulta externa relacionada con dicha afección, así como otros tratamientos ejecutados conjuntamente por dicho médico por la misma afección grave o la atención médica durante una internación a causa de la misma, o si durante una internación común, por su condición requiere un tratamiento médico relacionado con la afección grave, etcétera, tanto para las consultas externas como para la internación estará exento del pago de coseguros.

Cuando un paciente de afección grave va al médico por enfermedades no catalogadas como graves, deberá hacerlo bajo el procedimiento normal y pagar el coseguro correspondiente.

Para más información sobre el alcance de las afecciones graves y cómo solicitar el certificado, visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw>→ Servicios→ Servicios médicos→ Afecciones graves.

Lesiones o enfermedades laborales

Si además de estar afiliado Seguro Nacional de Salud cuenta con un seguro laboral, cuando vaya a una clínica u hospital asociados por alguna afección originada por causas laborales, no sólo estará exento del pago del coseguro, sino que el seguro laboral le cubrirá también la mitad de los gastos de comida por 30 días de internación.

Definición de lesiones o enfermedades laborales

1. Lesiones causadas por el trabajo
2. Enfermedades catalogadas como laborales por el seguro laboral (o ingresadas posteriormente a dicho catálogo), contraídas al ejercer alguna profesión, estar dentro de un área de trabajo o realizar algún trabajo.
3. Lesiones causadas por accidentes en el camino de ida o regreso



del trabajo. Deben haber ocurrido en el trayecto correspondiente, en un horario acorde al ingreso o salida del trabajo, y sin haber violado ninguna norma de tránsito relevante.

Notas:

1. Las lesiones o enfermedades por accidentes laborales deben cumplir con los “Criterios de revisión de lesiones o enfermedades derivadas del desempeño laboral por parte del asegurado del seguro laboral”.
2. El “trayecto correspondiente” se refiere al trayecto habitual entre el hogar o residencia y el lugar de trabajo.

Documentos que hay que llevar a la consulta médica

1. La orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laborales (orden de atención ambulatoria o solicitud de internación).
2. Carné del Seguro Nacional de Salud

Notas:

1. La “Orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral” se puede bajar del sitio web del Bureau del Seguro Laboral o retirar en cualquier oficina local del mismo, y debe estar sellada en el dorso por la unidad de afiliación para poder emplearla en la visita al médico. Por favor, visite el sitio web del Bureau del Seguro Laboral: <https://www.bli.gov.tw>
2. Con una “Orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral” sólo se puede tratar una misma lesión o enfermedad en una misma clínica u hospital, y se puede usar hasta 6 veces.
3. Si va al médico sin una “Orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral”, sólo podrá ahorrarse el pago del coseguro mediante un diagnóstico de enfermedad laboral realizado por un médico habilitado por el Ministerio de Salud y Bienestar para evaluar enfermedades laborales, o un especialista de un hospital escuela regional u otro hospital de mayor rango.

Qué hacer si fue al médico sin una “Orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral” y ya pagó el coseguro

1. Si presenta una “Orden de atención médica del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral” en la clínica u hospital donde se atendió



9 Beneficios para pacientes con afecciones especiales

antes de cumplirse los 10 días hábiles desde el día de la consulta o antes de recibir el alta de internación, dicha clínica u hospital le devolverá el dinero abonado por el coseguro.

2. Si no pudo entregar la orden de atención médica del seguro laboral antes de cumplirse los 10 días hábiles desde el día de la consulta o antes de recibir el alta de internación y pagó el coseguro de su bolsillo, tendrá hasta 6 meses desde la fecha en que hizo la consulta (o desde que le dieron el alta) para enviar por correo al Buró del Seguro Laboral la siguiente documentación:

- (1) Formulario para solicitar reembolso de gastos médicos por accidentes laborales y los recibos de pago.
- (2) La orden de atención ambulatoria o solicitud de internación del seguro laboral por lesión o enfermedad laboral (si la solicitud de reembolso indicada arriba ya está sellada por la unidad de afiliación, no hace falta adjuntar estos documentos)
- (3) Los recibos originales de los gastos médicos y el detalle de gastos. En caso de haberlos extraviado o haberles dado otro uso, deberá adjuntar una copia certificada de los mismos con sello oficial de la entidad médica que los emitió.
- (4) Certificado de diagnóstico o un documento de respaldo

Nota: El formulario para solicitar reembolso de gastos médicos por accidentes laborales y los recibos de pago se pueden retirar en el Buró del Seguro Laboral y sus oficinas locales, o bien descargar del sitio web del Buró del Seguro Laboral:

1. Sitio web del Buró del Seguro Laboral: <https://www.bli.gov.tw> → Trabajadores con accidentes laborales → Pago de atención médica por accidentes laborales → Descarga de modelos y formularios → Formulario para solicitar reembolso de gastos médicos por accidentes laborales
2. Dirección del Buró del Seguro Laboral: No.4, Section 1, Roosevelt Road, Taipei City 10013; teléfono: (02) 2396-1266



Enfermedades raras

Las enfermedades raras también se clasifican como enfermedades graves, y los coseguros de los tratamientos correspondientes son eximibles. Para ello, una vez confirmado el diagnóstico por un médico y notificado al Ministerio de Salud y Bienestar, el paciente deberá solicitar el certificado de lesión o enfermedad grave, adjuntando el certificado de diagnóstico emitido por el médico, un documento de identificación y la solicitud del certificado de enfermedad grave. El seguro de salud, a su vez, cuenta con fondos destinados especialmente al pago de medicamentos para enfermedades raras, con el fin de asegurar un tratamiento apropiado.

Los pacientes con enfermedades raras pueden atenderse en los establecimientos médicos asociados al seguro de salud, donde un médico clínico les proveerá tratamiento y medicinas acordes con el diagnóstico, y gestionará el pago de los medicamentos consultando las normas correspondientes.

Si la comercialización del medicamento que necesita aún no está autorizada en Taiwán, pero el medicamento cuenta con el consentimiento del Ministerio de Salud y Bienestar para su importación (o producción) excepcional y es listado entre los medicamentos aplicables bajo la “Ley de prevención, tratamiento y medicación de enfermedades raras”, entonces se podrá emplear, previa verificación por parte de la Administración del Seguro Nacional de Salud. Para conocer más sobre el procedimiento de solicitud, por favor visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Descargas → Archivos para descargar → “Medicamentos aplicables bajo la ‘Ley de prevención, tratamiento y medicación de enfermedades raras’” en el ítem de medicamentos.



10

Facilitación de la atención médica a poblaciones necesitadas

Subsidio de la cuota para poblaciones vulnerables

Ciertos segmentos de la población pueden acceder a subsidios del gobierno para la cuota del seguro de salud. A continuación se enumeran los destinatarios de dichos subsidios según los montos subsidiados.

1. Pueden obtener un subsidio completo:

- (1) Hogares de bajos ingresos.
- (2) Niños y adolescentes menores de 18 años, de hogares de medianos y bajos ingresos.
- (3) Ciudadanos mayores de 70 años, de hogares de medianos y bajos ingresos.
- (4) Aborígenes desempleados que se afilian en oficinas públicas en carácter de “poblaciones regionales”, menores de 20 o mayores de 55 años.





- (5) Aborígenes que residen en la Isla de las Orquídeas, afiliados al seguro en carácter de “población regional” (se refiere a los desempleados) o como miembros de sindicatos, asociaciones de agricultores o pescadores, etc., o como familiares dependientes.
- (6) Personas con discapacidades físicas o mentales extremas o graves.
- (7) A los afiliados desempleados y familiares dependientes al momento de perder el trabajo (limitado a los afiliados en carácter de “población regional” bajo el 2do ítem de la categoría 6, así como los familiares dependientes de las categorías 1, 2 y 3) se les subsidiará la cuota del seguro de salud mientras estén cobrando un seguro de desempleo o viáticos para formación laboral.
- (8) Aborígenes con residencia en Taipei que interrumpieron su afiliación al seguro de salud por haber perdido su trabajo en forma involuntaria, o por dificultades económicas que atraviesen sus hogares u otras circunstancias especiales. Deben tener entre 20 y 55 años de edad, domicilio legal y residencia real en Taipei por más de 6 meses y no haber solicitado subsidios semejantes a otra entidad. Deberán solicitar el registro en una oficina pública local, y una vez que el Comité de Asuntos Indígenas del Gobierno de Taipei verifique y apruebe el registro, se les subsidiará la cuota del seguro de salud por un máximo de 3 meses por año por persona.
- (9) Ancianos de más de 65 años que residen en regiones apartadas de la isla principal desde hace más de un año.
- (10) Nuevos residentes (cónyuges inmigrantes) de hogares de bajos ingresos (solicitar el subsidio del “Fondo para el desarrollo de nuevos residentes” del Ministerio del Interior a través del Ministerio de Salud y Bienestar).



2. Pueden obtener subsidio del 50%

- (1) Hogares de medios y bajos ingresos encuadrados en la Ley de asistencia social.
- (2) Discapacitados físicos o mentales de grado medio.
- (3) Nuevos residentes (cónyuges inmigrantes) de hogares de medianos y bajos ingresos (solicitar el subsidio del “Fondo para el desarrollo de nuevos residentes” del Ministerio del Interior a través del Ministerio de Salud y Bienestar).

3. Pueden obtener subsidio de un 25%: discapacitados físicos o mentales leves.

4. El subsidio máximo para la cuota de poblaciones regionales es actualmente de 749 \$ NT y aplica a:

- (1) Ancianos mayores de 65 años residentes de Taoyuan (tasa de impuesto a la renta menor al 20%), de Kaohsiung (tasa de impuesto a la renta menor al 5%) o Taichong (tasa de impuesto a la renta menor al 5%)
- (2) Ancianos mayores de 70 años o que cumplieron 65 antes del 31 de diciembre de 2015, que estén radicados en Taipei desde hace un año o más (con una tasa impositiva inferior al 20%).
- (3) Ancianos de entre 65 y 69 años de edad, de medianos o bajos ingresos, que cumplen un año radicados en la ciudad de Hsinbei, ciudad de Taoyuan, ciudad de Hsinchu, condado de Hsinchu, ciudad de Taichung, condado de Changhua, condado de Yunlin, ciudad de Chiayi, ciudad de Tainan, condado de Yilan, condado de Taitung o el condado de Hualien.
- (4) Ancianos menores de 70 años, aptos para recibir subsidios para ancianos de medianos o bajos ingresos, radicados por al menos un año en las ciudades de Taipei, Taoyuan o Kaohsiung.
- (5) Aborígenes mayores de 55 años radicados desde al menos un



- año en las ciudades de Taipei (con tasa impositiva menor a 20%), Taoyuan (con tasa impositiva menor a 20%) o Kaohsiung (con tasa impositiva menor a 5%).
- (6) Ancianos mayores de 65 años o aborígenes mayores de 55 años radicados en Keelung por al menos 3 años.
 - (7) Personas en Tainan afectadas por la contaminación de Sinopec (aquellos radicados en Siangong, Luer, Sihcao y otros poblados antes del 30 de junio de 2005) y empleados registrados por el Ministerio de Economía.
 - (8) Discapacitados físicos o mentales de grado bajo o intermedio, mayores de 65 años radicados por al menos un año en las ciudades de Tainan o Kaohsiung, con una tasa impositiva menor a 12%.
 - (9) Personas radicadas en Kaohsiung por al menos un año, que poseen credencial de discapacidad física o mental, con una tasa impositiva menor al 5%.
 - (10) Niños menores de 6 años o enfermos de cáncer con residencia en el condado de Penghu.

Con excepción de los hogares de bajos ingresos y los nuevos residentes de hogares de medianos y bajos ingresos (quienes deben solicitar el subsidio anualmente), el resto de los receptores de subsidios enumerados arriba no necesitan realizar la solicitud por sí mismos. La Administración del Seguro Nacional de Salud les aplicará el subsidio directamente sobre la cuota, en base a la información provista por cada unidad de subsidios. Si usted califica para obtener un subsidio pero este no aparece aplicado en la cuota, o por cualquier otra duda relacionada, por favor consulte en la unidad de subsidios correspondiente. Para más información sobre los distintos niveles de gobierno que gestionan subsidios para la cuota del seguro de salud,



visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios frecuentes → Cálculo y pago de la cuota → Asistencia a personas en situaciones precarias → Lista de los distintos niveles de gobierno que gestionan subsidios para la cuota del seguro de salud.

Qué hacer si temporalmente no puede pagar la cuota o los coseguros

Si usted padece momentáneamente dificultades económicas y no puede afrontar el pago de la cuota y los coseguros, la Administración del Seguro Nacional de Salud cuenta actualmente con una serie de medidas de auxilio para ayudarlo a atravesar la crisis:

1. Préstamos de alivio financiero

- (1) Requisito: confirmación de la oficina administrativa correspondiente al domicilio del afiliado de que cumple con los “Criterios de dificultades económicas del Seguro Nacional de Salud”.
- (2) Cómo solicitarlo: acérquese a cualquier seccional de la Administración del Seguro Nacional de Salud con su Documento Nacional de Identidad, sello personal y el certificado de cumplimiento de los “Criterios de dificultades económicas del Seguro Nacional de Salud” (incluye el registro completo de familia, las condiciones de dificultades económicas, ganancias anuales recientes, propiedades, etc.). Si no puede acercarse usted mismo, puede hacerlo otra persona adulta en carácter representativo, llevando además su Documento Nacional de Identidad y sello personal. Si el solicitante del préstamo tiene gastos médicos del seguro de salud pendientes, debe adjuntar las boletas de pago respectivas. Una vez aprobado el préstamo, deberá abonarlo según las fechas estipuladas en el contrato.



2. Derivación a una entidad de beneficencia para el subsidio de la cuota

- (1) Requisitos: estar afiliado en una oficina pública como “población regional” y no tener dinero para pagar la cuota.
- (2) Cómo solicitarlo: acérquese personalmente a la división regional de la Administración del Seguro Nacional de Salud a la que pertenezca, con copia certificada del registro de familia o el certificado de domicilio (si su situación económica se ve afectada por no poder trabajar a causa de su enfermedad, por favor adjunte el certificado de diagnóstico emitido por el hospital) y solicite la derivación. Si la entidad de beneficencia lo aprueba, podrá gozar del subsidio de la cuota a partir de ese momento.

3. Financiamiento en cuotas

- (1) Requisitos
 - ① No cumplir con los requisitos para solicitar préstamos de alivio financiero, adeudar más de 2.000 \$NT (incluyendo cargos por retrasos) y no tener la capacidad económica para saldar la deuda en un pago.
 - ② Ya haberse transferido el caso de la/s cuota/s adeudadas del seguro de salud a la Agencia de Ejecución Administrativa de Pagos (Administrative Enforcement Agency), y que el personal de la misma haya indicado que se habilite el pago en cuotas.
- (2) Cómo solicitarlo
 - ① Por mostrador:

Por favor, acérquese a cualquier sede u oficina de contacto de la Administración del Seguro Nacional de Salud con su documento de identidad, solicite el pago en cuotas y abone la primera cuota. Si no puede acercarse usted mismo, puede



10 Facilitación de la atención médica a poblaciones necesitadas

hacerlo otra persona adulta en carácter representativo, quien deberá llevar también su Documento Nacional de Identidad y sello personal. Pero si su caso ya fue derivado a la Agencia de Ejecución Administrativa de Pagos, requerirá el consentimiento previo de la misma (para conocer los números de teléfono y direcciones de las divisiones regionales y oficinas de contacto de la Administración del Seguro Nacional de Salud, vea el apéndice).

② Por internet:

Para consultar el estado de su deuda y solicitar financiación simplificada, ingrese con el carné registrado o su Certificado Digital de Ciudadanía a la plataforma “Servicios de información personal on-line”, y bajo el ítem “Consultas sobre la cuota y materiales para imprimir” seleccione “Consultas por cuotas impagas y financiación simplificada” (esto se limita a las deudas no derivadas a la Agencia de Ejecución Administrativa de Pagos, que todavía no han recibido financiación en cuotas y que no presentan o solo presentan un incumplimiento).

Circunstancias que califican como “dificultades económicas”

1. Poseer certificado de hogar de medianos o bajos ingresos provisto por una oficina pública de acuerdo con los criterios de asistencia social.
2. Cuando el principal responsable del sustento del hogar no puede pagar el seguro por alguna de las situaciones siguientes:
 - (1) Falleció hace menos de 2 años.
 - (2) Su paradero es desconocido desde hace más de 6 meses, y se ha reportado hace no más de 2 años.



- (3) Posee certificado de discapacidad física o mental.
 - (4) No puede trabajar por sufrir una enfermedad grave o requerir un tratamiento médico de largo plazo.
 - (5) Está embarazada de más de seis meses, o dentro de los dos meses después de dar a luz.
 - (6) Está realizando el servicio militar o servicio militar alternativo y todavía tiene 6 meses o más de servicio.
 - (7) Está preso, con más de 6 meses de condena por cumplir.
 - (8) Está desempleado, con más de 6 meses sin trabajo.
3. No poder pagar el seguro porque un familiar se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:
- (1) Un conyuge o familiar directo con quien se convive padece una enfermedad grave.
 - (2) Un padre o madre soltero/a debe hacerse cargo sólo/a de la crianza de hijos menores.
 - (3) Abuelos deben hacerse cargo de la crianza de sus nietos por la muerte de un hijo.

Para más detalles sobre la normativa, puede visitar el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Afiliación y cuota del seguro → Asistencia a necesitados → Préstamos de alivio financiero. O llamar a la línea de atención telefónica del seguro de salud: 0800-030-598, o por teléfono móvil al 02-4128-678.





Reactivación de los carnés y refuerzo del cobro de cuotas atrasadas para garantizar los beneficios médicos

Con el fin de implementar en mayor grado los valores universales del acceso equitativo a la atención médica, desde el 7 de junio de 2016 ha entrado en vigor la política de disociación entre las deudas ante el seguro de salud y la atención médica. Esto ha implicado la liberación total de los carnés del seguro para garantizar en forma equitativa el derecho a la atención médica de la población, que puede ir tranquilamente al médico simplemente realizando el trámite de afiliación. En cuanto a aquellos que no pueden pagar la cuota del seguro, se les brindan facilidades de pago, como por ejemplo la financiación en cuotas, préstamos de alivio financiero y derivación a entidades de beneficencia. Por cualquier duda, por favor llame a la línea de atención del seguro de salud: 0800-030-598, o por teléfono móvil al 02-4128-678.

Reducción del costo de los coseguros para pacientes específicos

1. Aquellos que poseen certificado de discapacidad física o mental pagan un coseguro de 50 \$NT cuando realizan consultas externas, en vez de los 80-420 \$NT que cuestan para la población en general, sin importar el nivel de hospital que visiten.
2. Los pacientes que cuentan con certificado de lesión o enfermedad grave, ya sea por cáncer, enfermedades mentales crónicas, necesidad de diálisis de riñón, enfermedades raras, enfermedades congénitas, etc. están exentos de pagar los coseguros relativos a esa afección. Asimismo, para disminuir la carga económica de la atención médica con el fin de garantizar los derechos de los pacientes con enfermedades raras, los medicamentos clasificados



como necesarios para el tratamiento de enfermedades raras por parte del Ministerio de Salud y Bienestar son cubiertos en su totalidad por el seguro de salud.

Elevación del límite mínimo de deducción de cuota complementaria para grupos vulnerables

El 1 de septiembre de 2014, el Ministerio de Salud y Bienestar estipuló que las ganancias obtenidas por el afiliado que no están sujetas a deducción por parte de la unidad de afiliación sólo serán susceptibles a la deducción de la cuota complementaria cuando superen el salario básico.

Desde el 1 de enero de 2015, los miembros de hogares de medianos y bajos ingresos, ancianos de medianos y bajos ingresos, niños y adolescentes vulnerables que reciben asistencia social, destinatarios de subsidios por discapacidad física o mental, miembros de hogares en circunstancias especiales que reciben asistencia y personas con dificultades económicas especificadas en el art. 100 del Acta del Seguro Nacional de Salud todos ellos están exentos de deducciones de cuotas complementarias del seguro de salud sobre ingresos por servicios profesionales, dividendos, intereses o alquileres que sean inferiores al salario básico establecido por las autoridades laborales competentes.

Mejoras en los lugares con recursos médicos insuficientes

La Administración del Seguro Nacional de Salud ha implementado un plan de mejoras para poblados con recursos médicos insuficientes, fomentando el espíritu de servicio e incentivando a médicos, tanto de medicina tradicional china como occidental, y a dentistas, a realizar giras de atención médica en dichos lugares. De esta forma, se facilita la atención médica en regiones aisladas.



10 Facilitación de la atención médica a poblaciones necesitadas

Para conocer los lugares y fechas incluidos en las giras de atención médica provistas por distintos establecimientos médicos, visite el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Políticas relevantes → Mejoras en los lugares con recursos médicos insuficientes; o llame por teléfono a alguna de las divisiones de la Administración del Seguro Nacional de Salud.



11

Sistema de información médica en la nube

Qué es NHI MediCloud?

Para poder ofrecer servicios de atención médica y medicación de calidad e incrementar la capacidad de verificación por parte del personal médico y farmacéutico, la



健保醫療資訊
雲端查詢系統
NHI MediCloud

Administración del Seguro Nacional de Salud ha establecido el sistema de consulta de información médica en la nube 'NHI MediCloud', con eje en el paciente. Mediante NHI MediCloud, cuando el médico programa un tratamiento clínico o prepara una receta, o cuando el personal farmacéutico prepara la medicación, pueden consultar la información sobre las últimas consultas médicas, medicación y estudios registrados en el historial del paciente. Esto incluye el registro de la medicación de medicina occidental y medicina tradicional china, chequeos y exámenes, resultados de estudios, detalle de operaciones quirúrgicas,



tratamientos y cirugías odontológicas, medicación para la alergia, medicación supervisada, medicación para trastornos de coagulación de la sangre, tratamientos de rehabilitación, resumen de la historia clínica y el registro de vacunación del Buró de Control de Enfermedades, entre doce tipos de información.

Desde enero de 2018, la Administración del Seguro Nacional de Salud promueve que los establecimientos médicos suban inmediatamente los resultados, imágenes e informes de los diferentes estudios, como las tomografías computadas, resonancias magnéticas, gastroscopías, colonoscopías, ultrasonidos y rayos X, de manera que los médicos puedan revisarlos a través del sistema. De esta forma se ha elevado la calidad y practicidad de la atención médica.

En septiembre de 2018 se incorporó un mecanismo automático de alertas de duplicación de indicaciones médicas, que avisa inmediatamente a los médicos sobre la duplicación de medicación, exámenes y estudios. De esta manera, se previenen daños en la salud del paciente, así como el malgasto de recursos médicos como consecuencia de la duplicación de recetas de exámenes o estudios, beneficiando directamente la calidad de la atención médica y seguridad en la ingesta de medicamentos por parte del paciente.

Ventajas de NHI MediCloud para la población

NHI MediCloud toma al paciente como eje. Al brindar información interinstitucional integral sobre el paciente, les sirve de herramienta a los médicos para conocer cabalmente los resultados de los estudios y exámenes realizados al paciente en el pasado, así como su medicación. De esta forma, asiste a los médicos a diagnosticar y recetar en forma más precisa, y previene causar daños en la salud del paciente o desperdiciar recursos médicos como consecuencia de la duplicación de recetas, exámenes o estudios. Esto significa una mayor



calidad de atención para el paciente, así como mayor seguridad en el consumo de medicación.

Ventajas:

1. Seguridad:

- (1) Reduce la repetición de extracciones de sangre para exámenes y el riesgo de duplicación de medicación.
- (2) Reduce la exposición a la radiación al evitar la duplicación de radiografías de rayos X.
- (3) Reduce el malestar causado por las gastroscopías y las colonoscopías.

2. Ahorro: permite ahorrarse los gastos por consultas médicas en varias instituciones, solicitud de copias de resúmenes de historias clínicas, copias de CDs de imágenes, viáticos y tiempo.

Se puede usar NHI MediCloud en cualquier entidad médica asociada

NHI MediCloud está construida dentro de la red privada virtual (VPN) del servicio informático del seguro de salud, que es una red cerrada. Cuando el paciente va al médico, todos los médicos y farmacéuticos de las entidades de atención médica asociadas pueden acceder a la red para realizar las consultas que necesiten. Desde el año 2018 se han registrado consultas de 25.885 establecimientos médicos y farmacias asociados en todo el país. Cuando los ciudadanos van con el carné a atenderse a cualquier establecimiento médico asociado, una vez verificadas las tres tarjetas (tarjeta del módulo de seguridad, tarjeta del personal médico y el carné del paciente), el personal médico ya puede hacer las consultas que requiera en función del respectivo cuadro clínico.



11 Sistema de información médica en la nube





12

Reembolso de gastos médicos

Auditoría mediante, la Administración del Seguro Nacional de Salud reembolsará los gastos a aquellos que cumplan con alguna de las condiciones enumeradas abajo, siempre y cuando presenten la solicitud en tiempo y forma y provean la documentación requerida en alguna de sus divisiones.

1. En una situación urgente en la que no alcanzaba el tiempo para ir a una clínica u hospital asociado, debió recibir atención inmediata en una entidad médica no asociada; o requirió acudir a un hospital o clínica local por algún accidente, enfermedad de urgencia o parto en forma imprevista durante un viaje de turismo o negocios fuera del país.





12 Reembolso de gastos médicos

2. Si fue a atenderse a un establecimiento médico asociado al seguro de salud durante un período de cesación de pago de la cuota del seguro, o si fue al médico fuera del país por alguna urgencia imprevisible y ya ha saldado la cuota del seguro de salud y demás gastos relacionados de ese período.
3. Si por motivos que no están bajo su responsabilidad, cuando se atendió en un establecimiento médico asociado debió pagar los gastos de su bolsillo por adelantado (por ejemplo, si se atendió por una enfermedad grave que recién fue catalogada como tal después de recibir el alta médica) y no se presentó con su carné y documento de identidad en dicho establecimiento médico dentro del período de reembolso (dentro de los 10 días hábiles a partir de la visita al médico) o antes de tener el alta de internación.
4. Aquellos que superaron el límite máximo del coseguro de internación, habiendo acumulado hasta 30 días en el año por una enfermedad aguda o hasta 180 días en el año por una enfermedad crónica.

Plazos para solicitar el reembolso

1. Dentro de los seis meses posteriores a la consulta externa o de urgencia, o a la fecha de alta de internación. En el caso de la tripulación embarcada en altamar, dentro de los seis meses posteriores al día de regreso al país.
2. Si se atendió durante un período de cesación de pago de las cuotas del seguro y ya ha abonado las cuotas de ese período, el plazo para solicitar el reembolso son 6 meses desde el día en que saldó las cuotas del seguro (puede solicitar reembolso de gastos médicos correspondientes a períodos de cesación de pagos durante los últimos 5 años).



3. Los plazos son los indicados independientemente de si las situaciones ocurrieron dentro o fuera del país. Una vez superada la fecha límite, ya no se puede solicitar el reembolso, así que por favor asegúrese de ajustarse al plazo.
4. Para aquellos cuyo coseguro de internación anual ha superado el límite máximo legal, el plazo es hasta el 30 de junio del año siguiente.
5. Para aquellos que se les catalogó una enfermedad como grave recién después de tener el alta de internación, el plazo es dentro de los seis meses posteriores a la fecha de salida de internación.

Documentación requerida

1. Solicitud de reembolso de gastos médicos del Seguro Nacional de Salud.

Puede obtener el formulario de solicitud de cualquiera de las siguientes formas:

- (1) Retirándolo personalmente en cualquier sede u oficina de contacto cercana del seguro de salud.
- (2) A través del sitio web de la Administración Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Gastos de atención médica y reembolsos → Reembolso de gastos médicos → Introducción sobre el reembolso de gastos médicos y formularios → Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos
- (3) Ingresando la información de la solicitud online en el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud e imprimiendo luego el formulario completado, en: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Gastos de atención médica y reembolsos → Reembolso de gastos de médicos → Sistema online de solicitud de reembolso de gastos médicos.



12 Reembolso de gastos médicos

2. Recibos originales y detalles de los gastos médicos a reembolsar

Si ha extraviado o dado otro uso a los recibos originales o al detalle de gastos, puede solicitar en la clínica u hospital donde se atendió (si es dentro del país) que le emitan un duplicado con sellos de dicho establecimiento y de autenticación. Si los recibos corresponden a atención médica fuera del país y se dificulta el sellado, puede presentar una copia sin sellar. Por otro lado, siempre que no presente los recibos originales (independientemente de si son de fuera o dentro del país), deberá firmar una declaración de que no puede presentar los recibos originales, puntualizando las causas.

3. Si la atención médica fue para un menor de edad (menor de 20 años), la solicitud debe estar firmada por su responsable legal, y además debe presentar fotocopia del registro de familia. Si el responsable delega el trámite en otra persona, deberá completar un formulario de autorización y adjuntar fotocopia de un documento de identificación.

4. Certificado de diagnóstico o un documento de respaldo

Si la atención médica se realizó fuera de la zona de cobertura del seguro (en el exterior o China continental) o no tuvo lugar en una clínica u hospital asociado al seguro, deberá solicitar al médico u hospital donde se atendió la siguiente documentación:

(1) Si fue una consulta externa o de urgencia, deberá presentar un certificado de diagnóstico (con aclaración de la sintomatología y nombre de la enfermedad diagnosticada).

(2) Si es por una internación, además del certificado de diagnóstico (con aclaración de la sintomatología y nombre de la enfermedad diagnosticada), deberá presentar un resumen de la historia clínica relativa al alta de internación.

5. Si se trata de un reintegro por atención médica en otro país,



deberá presentar una copia de un certificado de salida y entrada al país (por ejemplo, fotocopia de portada del pasaporte con foto y de los sellos con fechas de salida e ingreso al país en el mismo, etc.), o solicitar online un certificado de ingresos y salidas del país del Departamento de Inmigración (perteneciente al Ministerio del Interior), u otro certificado emitido por una autoridad competente. Si para el despacho de aduana elige utilizar el sistema automático de inspección aduanera, puede solicitar al personal apostado en el mostrador de inspección en la puerta de salida de dicho sistema que le selle un certificado correspondiente a la fecha respectiva de salida o ingreso. También puede solicitarlo online a través del “Sistema online de obtención del certificado de ingresos y salidas del país” del Departamento de Inmigración (Ministerio del Interior) e imprimirlo. O bien adjuntar copia de la portada del pasaporte y agregar una aclaración de haber utilizado el sistema automático de inspección aduanera, junto la documentación adjunta a la solicitud. Si todavía se encuentra fuera del país y debe delegar el trámite en alguien más, la persona encomendada deberá adjuntar también la autorización respectiva, cuya plantilla se descarga del sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Gastos de atención médica y reembolsos → Reembolso de gastos médicos → Introducción sobre el reembolso de gastos médicos y formularios de solicitud.

Nota: si el certificado de diagnóstico, los recibos originales, detalle de gastos y demás certificados adjuntos a la solicitud de reembolso de gastos médicos originados fuera del territorio de Taiwán no están en inglés, deberá adjuntar traducción al chino o al inglés.

6. Si solicita el reembolso por gastos de internación en China continental durante 5 o más días (el día del alta no cuenta: por ejemplo, si se internó el 1 de enero y salió el 6 de enero, se cuentan 5 días de internación), deberá tener los recibos originales y el



12 Reembolso de gastos médicos

certificado de diagnóstico previamente certificados por escribano público en China continental. Una vez de regreso en Taiwán, deberá solicitar la verificación del certificado público recibido en China continental a la Fundación para el Intercambio a través del Estrecho de Taiwán (Straits Exchange Foundation). Para más información, puede comunicarse con la fundación llamando al (02) 2533-5995, o visitar su sitio web: <http://www.sef.org.tw>.

7. Si solicita el reembolso del monto excedido del límite máximo anual de coseguros acumulados de internación y decide aceptar el cálculo realizado unilateralmente por la Administración del Seguro Nacional de Salud en base a la información reportada por el hospital asociado, en tal caso no necesitará presentar el detalle de gastos ni los recibos originales.

Cómo solicitarlo

Por favor, prepare la documentación indicada arriba y realice la solicitud, ya sea a través del sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud (deberá enviar por correo certificado el formulario de solicitud, recibo original, certificado de diagnóstico, resumen del alta hospitalaria y cualquier otra documentación relevante), por correo postal o por mostrador:

1. Para reembolsos de gastos por atención médica en el exterior, solicítelos en la división de la Administración del Seguro Nacional de Salud correspondiente a la zona donde está afiliado.
2. Para reembolsos de gastos por atención médica en territorio nacional, solicítelos en la sede de la Administración del Seguro Nacional de Salud correspondiente al establecimiento médico donde se atendió, o hágalo a través de la división del seguro de salud más cercana a su domicilio para que esta reenvíe la solicitud a la sede correspondiente.



Topes de reembolso

Cuando solicita un reembolso de gastos médicos, la Administración del Seguro Nacional de Salud determina el monto a reembolsar aplicando los criterios establecidos para el pago luego de la verificación de un profesional médico. Por eso, es posible que dicho monto difiera de lo abonado por usted al recibir la atención médica.

El pago de gastos médicos de consultas externas, urgencias e internación fuera del área de cobertura del seguro de salud (en el exterior y en China continental) es igual que cuando los establecimientos médicos asociados dentro del país solicitan el pago de gastos a la Administración del Seguro Nacional de Salud. Es decir que debe examinarse y verificarse profesionalmente la razonabilidad del tratamiento médico y si la afección realmente califica como urgente e imprevisible. Asimismo, el alcance y las condiciones del pago también son los mismos que para la atención médica dentro del país y deben someterse a las normas de pago del Seguro Nacional de Salud.

El reembolso de gastos tiene unos valores máximos, que son los promedios de gastos de consulta externa por vez por persona, de urgencias por vez por persona o de internación por día por persona, que el seguro de salud pagó a hospitales y clínicas en la temporada anterior. Dado que los valores máximos de los reembolsos varían cada temporada, estos se anuncian oportunamente en el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud: <https://www.nhi.gov.tw> → Servicios → Gastos médicos → Gastos de atención médica y reembolsos → Reembolso de gastos médicos → Topes de reembolso de gastos médicos en el exterior o China continental.

La Administración del Seguro Nacional de Salud alienta a la población a apreciar y utilizar los recursos del seguro de salud de acuerdo con la ley. Conforme al artículo 81 del Acta del Seguro Nacional de Salud, aquellos que presenten certificados falsos recibirán



12 Reembolso de gastos médicos

multas de entre 2 y 20 veces el monto por el cual solicitaron un reembolso. Y en caso de incurrir en un delito penal, se recurrirá a los órganos judiciales correspondientes.

Para aclarar cualquier duda o realizar algún comentario, puede contactarse con la Administración del Seguro Nacional de Salud por las siguientes vías:

1. Llamando a la línea de atención telefónica del seguro de salud: 0800-030-598, o por teléfono móvil al 02-4128-678, o a los teléfonos de atención de las distintas sedes.
2. A través de la casilla de comentarios del sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud en <https://www.nhi.gov.tw>
3. Acercándose personalmente a alguna de las divisiones regionales u oficinas de contacto de la Administración del Seguro Nacional de Salud.





Direcciones y teléfonos de contacto de las divisiones de la Administración de Seguro Nacional de Salud para gestionar el reembolso de gastos médicos:

División	Dirección	Jurisdicción	Teléfono
División Taipei	No. 15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10041, Taiwan (R.O.C.)	Taipei, ciudad de Nuevo Taipei, condado de Yilan, ciudad de Keelung, condado de Kinmen, condado de Lienchiang	(02) 2523-2388
División Norte	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City 32005, Taiwan (R.O.C.)	Ciudad de Taoyuan, ciudad de Hsinchu, condado de Hsinchu, condado de Miaoli	(03) 433-9111
División Centro	No. 66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City 40709, Taiwan (R.O.C.)	Ciudad de Taichung, condado de Changhua, condado de Nantou	(04) 2258-3988
División Sur	No. 96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City 70006, Taiwan (R.O.C.)	Condado de Yunlin, ciudad de Chiayi, condado de Chiayi, ciudad de Tainan	(06) 224-5678
División Kaoping	No. 259, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City 80147, Taiwan (R.O.C.)	Ciudad de Kaohsiung, condado de Pingtung, condado de Penghu	(07) 231-5151
División Este	No. 36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County 97049, Taiwan (R.O.C.)	Condado de Hualien, condado de Taitung	(03) 833-2111





13

Simplificación de trámites para la población

La Administración del Seguro Nacional de Salud brinda una serie de servicios simples y convenientes con el fin de optimizar la administración y cuidar la salud de la población.

Servicios interdepartamentales

Solicitud del carné del seguro de salud a través del Registro de Familia

1. En caso de extraviar al mismo tiempo el documento de identidad y el carné del seguro, o de necesitar actualizar la información personal básica (nombre y apellido, fecha de nacimiento, número de documento, recuperación del apellido original de aborigen), se puede realizar todo el proceso en un paso. Apenas la Administración del Seguro Nacional de Salud reciba la información de pago del afiliado, producirá el carné, y el afiliado lo recibirá en aproximadamente de 5 a 7 días hábiles en la dirección indicada.
2. Cuando los padres de un recién nacido tramitan el certificado de nacimiento en la Oficina del Registro de Familia, pueden gestionar al mismo tiempo la afiliación del recién nacido al seguro de salud como un familiar dependiente, y el respectivo carné del seguro con



o sin fotografía (si es con fotografía, más tarde deberá adjuntar una). La Administración del Seguro Nacional de Salud recibirá la información e incorporará al recién nacido al seguro. Si eligió utilizar un carné con fotografía, deberá escanear el código QR que figura en el comprobante provisto por la Oficina del Registro de Familia, que lo dirigirá a la “Plataforma de carga de fotografía para el carné” de la Administración de Seguro Nacional de Salud, donde deberá cargar la fotografía. La Administración de Seguro Nacional de Salud emitirá el carné con dicha fotografía. Los bebés menores de 60 días que aún no recibieron el carné pueden recibir atención médica con el carné de los padres o acudir al servicio preventivo para niños del seguro de salud.

Mejoras en los trámites

1. Servicio “sin formularios ni papeles”

Si extravió, se le dañó o necesita cambiar el nombre del carné de seguro de salud, puede ir directamente a cualquier centro de atención de la Administración del Seguro Nacional de Salud con un documento de identidad original (menores de 14 años que no tienen documento de identidad deben llevar el registro de familia original) y una fotografía de 2 pulgadas, y solicitar el carné en el mostrador, sin necesidad de llenar formularios. Sólo necesitará confirmar los datos y verificar si la foto es correcta para completar la solicitud.

2. Producción in situ del carné

Para que las poblaciones en los distintos condados, ciudades e islas alejadas puedan solicitar el carné y recibir atención médica en forma inmediata, desde el año 2016 varios centros de atención y seccionales de la Administración del Seguro Nacional de Salud producen integralmente el carné del seguro in situ. De esta manera, se puede solicitar el carné por mostrador y retirarlo en el mismo lugar, dando una solución así a la gente que necesita usar el carné



en forma urgente. Al momento de solicitar el carné, se puede entregar la foto en un CD o utilizar el teléfono móvil para enviarla por correo electrónico (para más información sobre los centros de atención que producen el carné del seguro, vea el capítulo 8)

3. Solicitud del carné sin certificado

Para reducir el tiempo de espera al solicitar el carné por mostrador y ofrecer un sistema de solicitud online amigable, la Administración de Seguro Nacional de Salud ofrece la posibilidad de solicitar el carné utilizando el número del registro de familia, y realizar el pago a través del sitio web del seguro, para luego retirarlo en un centro de atención definido. Al momento de retirar el carné, por favor lleve un documento de identidad original. Si envía a otra persona a retirarlo, esta deberá presentar tanto su documento de identidad original como el del solicitante.

4. Pago con tarjeta de crédito y tarjetas de pago electrónico.

Para reducir los riesgos de llevar dinero en efectivo, todos los centros de atención del seguro de salud aceptan tarjetas de crédito para el pago de todo tipo de gastos relacionados con el seguro de salud. Además, el costo de producción del carné también se puede abonar con Easy Card e IPASS.

5. Solicitar el certificado de lesión o enfermedad grave en forma sencilla.

(1) Si se encuentra en una situación de internación y su afección cumple con las condiciones para solicitar un certificado de lesión o enfermedad grave, un familiar puede presentar la documentación correspondiente en cualquier centro de atención del seguro de salud para solicitarlo. Una vez aprobado, ya podrá gozar del beneficio de exención del pago de coseguros.

(2) Adicionalmente, si la enfermedad contraída cumple con las condiciones de enfermedad grave, además de poder gestionar



el certificado de enfermedad grave por mostrador o por correo, el hospital puede solicitarlo o consultar por usted a través de Internet.

- (3) Actualmente la mayoría de los certificados de enfermedad grave para el cáncer tienen una vigencia de 5 años, y 3 años para un cáncer parcial. Cuando vence el plazo, es necesario solicitar un nuevo certificado. En ese momento, la Administración del Seguro Nacional de Salud examinará en forma individual la información provista a través de un especialista para verificar si cumple con las normas de “Requerimiento de tratamiento activo o de largo plazo”, y en base a ello aprobará y emitirá el certificado de enfermedad grave.

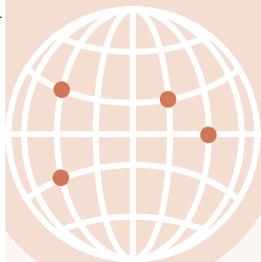
Cuidado proactivo para la población vulnerable

1. “Cuentas solidarias”

La Administración del Seguro Nacional de Salud ha establecido las “Cuentas solidarias” para que las personas en situación de necesidad que no pueden afrontar la cuota del seguro -ni aun mediante la financiación en cuotas o préstamos de alivio financiero- puedan recibir donaciones para solventar los gastos del seguro de salud. Esto permite direccionar la solidaridad de la sociedad hacia las personas necesitadas.

2. Programa de subsidio para nuevos residentes antes de tener registrado el domicilio

La Administración del Seguro Nacional de Salud, con la colaboración de los departamentos sociales o civiles de las distintas oficinas públicas, asiste activamente a los nuevos residentes de hogares catalogados como de bajos o medianos ingresos, brindándoles asesoramiento y habilitando la recepción de documentos en distintas oficinas públicas, de manera que puedan gestionar la solicitud de subsidios cerca de sus domicilios.



Apéndice

Teléfonos y direcciones de la sede central de Administración del Seguro Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Bienestar y sus divisiones regionales.

Para informes del seguro de salud, llame al 0800-030-598, o por celular al 02-4128-678.

Centros de atención	Teléfono	Dirección
Sede central	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Da'an Dist., Taipei City 10634, Taiwan (R.O.C.)
División Taipei	(02)2191-2006	5 F, No. 15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10041, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Keelung	(02)2191-2006	No. 95, Yi 1st Rd., Zhongzheng Dist., Keelung City 20241, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Yilan	(02)2191-2006	No. 11, Zhanqian N. Rd., Luodong Township, Yilan County 26550, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Kinmen	(082)372-465	No. 65, Huandao N. Rd., Jincheng Township, Kinmen County 89350, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Lienchiang	(083)622-368	No. 216, Fuxing Vil., Nangan Township, Lienchiang County 20941, Taiwan (R.O.C.)
División Norte	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City 32005, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Taoyuan	(03)433-9111	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City 33062, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Hsinchu	(03)433-9111	No. 3, Wuling Rd., North Dist., Hsinchu City 30054, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Jhubei	(03)433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Zhubei City, Hsinchu County 30268, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Miaoli	(03)433-9111	No. 1146, Zhongzheng Rd., Miaoli City, Miaoli County 36052, Taiwan (R.O.C.)



Centros de atención	Teléfono	Dirección
División Centro	(04)2258-3988	No. 66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City 40709, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Fongyuan	(04)2258-3988	No. 146, Rui'an St., Fengyuan Dist., Taichung City 42041, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Shalu	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu Dist., Taichung City 43352, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Changhua	(04)2258-3988	3 F, No. 369, Zhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County 50056, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Nantou	(04)2258-3988	No. 126, Zhongxing Rd., Caotun Township, Nantou County 54261, Taiwan (R.O.C.)
División Sur	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City 70006, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Hsinying	(06)224-5678	No. 78, Dongxue Rd., Xinying Dist., Tainan City 73064, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Chiayi	(06)224-5678	No. 131, De'an Rd., West Dist., Chiayi City 60085, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Yunlin	(06)224-5678	No. 395, Zhuangjing Rd., Douliu City, Yunlin County 64043, Taiwan (R.O.C.)
División Kaoping	(07)231-5151	No. 259, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City 80147, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Gangshan	(07)231-5151	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan Dist., Kaohsiung City 82050, Taiwan (R.O.C.) (en el 1er piso la sede de Gangshan del Hospital General Militar de Kaohsiung)
Oficina de contacto de Cishan	(07)231-5151	No. 60, Zhongxue Rd., Qishan Dist., Kaohsiung City 84247, Taiwan (R.O.C.) (dentro del Hospital Chi-Shan del Ministerio de Salud y Bienestar)
Oficina de contacto de Pingtung	(07)231-5151	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County 90071, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Donggang	(07)231-5151	No. 210, Sec. 1, Zhongzheng Rd., Donggang Township, Pingtung County 92842, Taiwan (R.O.C.) (dentro del Hospital Antai)



Apéndice

Centros de atención	Teléfono	Dirección
Oficina de contacto de Penghu	(07)231-5151	No. 63-40, Xiwen 'ao, Xiwen Vil., Magong City, Penghu County 88050, Taiwan (R.O.C.)
División Este	(03)833-2111	No. 36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County 97049, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Yuli	(03)833-2111	No. 91, Xinxing St., Yuli Township, Hualien County 98142, Taiwan (R.O.C.)
Oficina de contacto de Taitung	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County 95049, Taiwan (R.O.C.)

La información que contiene este manual de beneficios data del 1 de julio de 2019. Dado que las normas se van actualizando con el tiempo, por favor consulte oportunamente el sitio web de la Administración del Seguro Nacional de Salud (<https://www.nhi.gov.tw>) para obtener la información más actual.



2020-2021 Manual de beneficios del Seguro Nacional de Salud

編著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 108 年 12 月

版次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<https://www.nhi.gov.tw>

定價：新臺幣 50 元

經銷者：五南文化廣場

地址：400 台中市中區中山路 6 號

電話：04-2226-0330

經銷者：國家書店松江門市

地址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話：02-2518-0207

設計印刷：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

GPN: 1010802490

ISBN: 9789865439224

著作人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。