



## Informe de Investigación

### Título: **NORMATIVA RELACIONADA AL PAGO DE INCAPACIDAD DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

<b>Rama del Derecho:</b> Derecho Laboral	<b>Descriptor:</b> Seguridad Social
<b>Tipo de investigación:</b> Simple	<b>Palabras clave:</b> Pago, Incapacidad, Procedimiento
<b>Fuentes:</b> Normativa	<b>Fecha de elaboración:</b> 04/2010

### Índice de contenido de la Investigación

<b>1 Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Normativa.....</b>	<b>1</b>
a)Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud.....	1
b)Instructivo para el pago de prestaciones.....	15

#### 1 Resumen

En el presente informe de investigación se recopila la normativa disponible según las bases de datos de la Caja Costarricense del Seguro Social relativa al procedimiento de pago por concepto de incapacidad.

#### 2 Normativa

***a)Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del Seguro de Salud***



[CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL]<sup>1</sup>

#### Artículo 1°. Del objeto

Este reglamento regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades y licencias en los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social y los autorizados por ésta, otorgadas por los médicos y odontólogos facultados legalmente, quienes quedan obligados a actuar en concordancia con las disposiciones de este Reglamento.

Su propósito esencial es hacer congruente y equitativo este proceso con la realidad del país, así como evitar los potenciales abusos que pongan en entredicho los valores morales de la sociedad.

Artículo 2°. Del campo de aplicación y de la responsabilidad administrativa, civil y penal sobre el otorgamiento de incapacidades y licencias.

#### a) Del campo de aplicación:

Este reglamento cubre a todos los trabajadores (as) activos (as) cotizantes, conforme las normas previstas en los artículos 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41 y 45 del Reglamento del Seguro de Salud, el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa y el artículo 21 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas.

El otorgamiento de una incapacidad formaliza un compromiso recíproco entre el profesional en Ciencias Médicas tratante autorizado por la Caja y el trabajador (a), cuyo fin último es propiciar la recuperación de la salud del trabajador (a) y su reincorporación al trabajo, pero no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica, derechos que están sujetos a los plazos de calificación establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud.

El trabajador (a) incapacitado queda inhabilitado legalmente para el desempeño de sus labores y para realizar otras actividades que sean remuneradas o que vayan en contra de los principios de lealtad y buena fe a los cuales se obliga con su patrono; así como aquellos actos que puedan constituir falta de respeto hacia el empleador o competencia desleal.



La aplicación del beneficio por licencia para atención de pacientes en fase terminal (Ley 7756) se rige según lo estipulado en la normativa vigente.

b. De la responsabilidad administrativa, civil y penal sobre el otorgamiento de incapacidades y licencias.

En general, debe prevalecer un sentido de racionalidad en lo que respecta a la decisión de incapacitar, al período o número de días que se otorgue a la luz de la ciencia y la técnica, así como a la veracidad de la información a la cual se obliga el trabajador.

Cuando se presuma un mal uso de esta potestad por parte del profesional que otorga la incapacidad, deberán indagarse los hechos a fin de determinar si es procedente la imputación de cargos conforme a las reglas del Debido Proceso y establecer las sanciones que corresponda, tales como: suspensión de 1 a 8 días de su trabajo sin goce de salario y/o despido sin responsabilidad patronal, conforme a la gravedad de la falta y sin perjuicio de efectuar las denuncias que correspondan ante el Ministerio Público, quienes podrían tipificar el hecho conforme a las reglas establecidas en el Código Penal en el Título XV: Delitos de los Deberes de la Función Pública, u otras penas contenidas en dicho código.

Lo anterior sin perjuicio de la denuncia que corresponda ante el Ministerio Público de aquel trabajador (a) asegurado (a) que se vale de medios espúreos para obtener una incapacidad.

El acto de otorgar una incapacidad o licencia, además de su significado como parte del tratamiento médico o de una especial protección social a favor del trabajador, tiene implicaciones de orden administrativo, legal, financiero, social y moral.

La suspensión del contrato de trabajo generada por el otorgamiento de una incapacidad, es responsabilidad del profesional que la otorga y del asegurado (a) que la recibe.

Las acciones de control necesarias para el otorgamiento racional de las incapacidades, de acuerdo con la Ley de Control Interno son responsabilidad de la Dirección Médica de cada centro médico, y de los titulares subordinados que la misma delegue; para lo cual contarán con la asesoría de su respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.



### Artículo 3°. De las exclusiones.

Los asegurados voluntarios afiliados de conformidad con el reglamento respectivo, sea en forma individual o mediante convenios de aseguramiento colectivo, no son sujetos del otorgamiento de incapacidades y licencias. Este beneficio es exclusivo para los trabajadores (as) activos sean estos asalariados (as), independientes (individuales o de convenio).

### Artículo 4°. Formulario de incapacidad.

Las incapacidades por enfermedad y las licencias, deben ser otorgadas por los profesionales expresamente autorizados para ello, en el formulario "CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS", el cual será suministrado por la Dirección Médica o la autoridad que la misma delegue, de cada centro.

El uso de los talonarios que contienen las constancias para incapacidad es de carácter personalísimo.

La custodia y el control de las existencias de tales formularios son competencia y responsabilidad del Director Médico del centro médico. El extravío de estos formularios debe reportarse inmediatamente a la Unidad de Asesoría de Subsidios en Dinero de Oficinas Centrales; al efecto rigen las disposiciones del Manual de Procedimientos del Sistema de Incapacidades.

Tratándose de incapacidades extendidas dentro de programas específicos autorizados por la Gerencia División Médica, el formulario a utilizar podrá ser diferenciado para efectos de control, a criterio de la administración activa.

### Artículo 5°. De las recomendaciones de incapacidad y licencias por terceros.

El certificado médico, la constancia de atención médica y la referencia en papelería del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, entre otros, extendidos por los profesionales en Ciencias Médicas autorizados que laboran en ese sistema o en forma privada, de acuerdo con lo estipulado por los respectivos colegios profesionales, y que haga referencia a días de reposo como parte del



tratamiento de un trabajador (a), tendrán carácter de recomendación para la Caja.

La valoración de las recomendaciones de incapacidad, debe ser gestionada por el interesado (a) o por medio de terceros, en la Dirección Médica o a la autoridad que la misma delegue de su centro médico de adscripción, en un plazo de dos días hábiles posteriores a la fecha en que ésta fue emitida. La admisión, modificación o denegatoria de dichas recomendaciones de incapacidad, debe ser consignada mediante acto administrativo en el expediente de salud del

trabajador (a). Es potestad de las autoridades del centro médico citar al paciente en caso necesario.

Si la presentación de la documentación se realiza posterior a los dos días hábiles de expedida, plazo que no podrá ser mayor a diez días naturales, la admisión, modificación o denegatoria del período recomendado, queda sujeta a la justificación que presente el interesado, la cual debe estar acorde con la patología del caso. La valoración queda bajo la responsabilidad de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades o el Director Médico del centro médico o a la autoridad que la misma delegue; acto que debe quedar registrado en documento idóneo, el cual debe ser incluido en el expediente de salud del asegurado (a).

Para que un documento recomendativo de incapacidad emitido fuera del país pueda ser analizado, previamente debe cumplir los trámites de legalización establecidos por el Gobierno de Costa Rica, por medio del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La solicitud debe presentarse ante la Dirección Médica del centro médico de adscripción del trabajador (a) en la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

En lo que respecta al Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, se actuará de acuerdo con lo que establece el artículo 17° de este Reglamento.

Artículo 6°. Del sistema de control y evaluación de las incapacidades y las licencias.

El control, el seguimiento y la evaluación de las incapacidades y de las licencias es responsabilidad de la Dirección Médica de cada centro.

El sistema de captura de datos, debe ajustarse a las políticas institucionales para la consolidación e



integralidad de los datos a nivel nacional conforme a las reglas de Control Interno.

La evaluación integral del proceso de incapacidades y licencias, corresponde a la Gerencia de División Médica, la cual dispone para este propósito del soporte y asesoría de las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades.

Artículo 7°. De las incapacidades en el servicio de emergencias.

Toda incapacidad otorgada en un servicio de urgencias, debe ser anotada en la hoja de atención de urgencias por el médico tratante. Dicha hoja debe incorporarse al expediente de salud. Esta información obligatoriamente debe quedar consignada en el sistema de registro de incapacidades.

En este servicio, la incapacidad se podrá otorgar hasta por 3 días. En caso necesario, el trabajador (a) podrá presentarse al centro médico de adscripción, con la respectiva referencia o contrarreferencia, donde será valorado y de requerirlo, se le ampliará el período de incapacidad. Se exceptúan de esta disposición los casos de ortopedia, amenaza de aborto y enfermedades infectocontagiosas; casos que deben quedar debidamente justificados en el expediente del paciente y con el visto bueno del Director Médico o Jefatura que él designe.

Artículo 8°. De las formalidades en el otorgamiento de las incapacidades y las licencias.

El otorgamiento de una incapacidad por enfermedad o una licencia, constituye un acto formal, que debe ser el resultado de una consulta médica durante el horario contratado, en la que participen el profesional en Ciencias Médicas de la Caja facultado legalmente para extenderla y con la presencia del trabajador (a). El acto debe quedar debidamente registrado en el expediente de salud, según el centro médico de adscripción del trabajador (a), o en los hospitales nacionales, regionales y periféricos.

Cuando se trate de médicos de empresa, este acto debe cumplir los mismos requisitos y ser extendidas en el lugar donde el médico de empresa preste sus servicios.

En casos de urgencia, podrán extenderse incapacidades hasta por tres días a trabajadores (as)



adscritos en otros centros médicos, pero éstas deben ser correctamente registradas en el documento que la institución dispone para tal fin.

Excepto los casos de licencias otorgadas para cuidar a pacientes en fase terminal, los cargos por concepto de pago de subsidios por incapacidades y licencias de maternidad deben hacerse al centro médico que las otorga o autoriza.

Artículo 9°. De los plazos máximos de incapacidades.

Los plazos máximos de incapacidad que pueden ser otorgados serán de hasta por un año (365 días), mismo que podrá ser ampliado por las respectivas Comisiones Médicas Locales Evaluadoras de Incapacidades según se señala en el artículo 10° de este Reglamento.

El cómputo de días incapacidad, sean estos continuos o discontinuos para el plazo máximo de 365 días, se realizará dentro de un período de dos años (730 días) incluida la nueva incapacidad que vaya a otorgarse.

Completado el plazo máximo indicado, más la prórroga en los casos en que ésta haya sido autorizada, el otorgamiento de nuevas incapacidades con derecho a subsidio procede únicamente cuando el trabajador se haya reincorporado a su actividad laboral.

En este último caso, el pago de subsidios procede solo cuando haya transcurrido el plazo de un año calendario, desde el último día pagado.

Artículo 10°. De las prórrogas de incapacidades

Cuando el trabajador (a) activo tenga agotado el plazo máximo de 365 días y haya aportado 9 cuotas mensuales dentro de los últimos 12 meses anteriores a la fecha de su incapacidad, según la índole de la enfermedad y las circunstancias del caso, a juicio de la respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades a que se refiere el artículo 15° de este Reglamento, podrán otorgarse períodos adicionales de incapacidad comprendidos dentro del período máximo de seis meses desde la fecha en que agotó los 365 días.



Dicha prórroga tiene como propósito, también, brindar la protección económica y un tiempo prudente para que el trabajador recupere su salud o en caso necesario, inicie las gestiones para ser valorado como candidato a pensión por invalidez.

Una vez agotada la prórroga no es procedente el otorgamiento de nuevas incapacidades, salvo que el trabajador se reincorpore a su actividad laboral. El reconocimiento del subsidio procede sólo cuando haya transcurrido un año después del agotamiento de la prórroga y se cumpla con los plazos de calificación correspondientes estipulados en el artículo 34 del Reglamento del Seguro de Salud.

De no ser posible la reincorporación de los trabajadores en el plazo indicado, el patrono puede actuar conforme lo establecen los artículos 79 y 80 del Código de Trabajo.

Artículo 11°. De las incapacidades retroactivas.

Las incapacidades siempre tendrán vigencia hacia el futuro, desde la fecha en que el trabajador (a) es atendido (a) en un centro médico de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL o autorizado por ésta. De requerir excepcionalmente días de incapacidad anteriores a la fecha de atención (retroactividad) se podrán otorgar hasta por un plazo máximo de tres días naturales inmediatos anteriores a la fecha de atención, a juicio del Director Médico o la autoridad que el mismo delegue, del centro médico de que forma parte el médico tratante. La justificación respectiva debe fundamentarse en el expediente de salud.

Las incapacidades retroactivas podrán ser otorgadas en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, y deben ser justificadas ante el Director Médico del centro médico de adscripción para que éste pueda avalarlas o no.

Tratándose de hospitalización en centros médicos privados, la retroactividad, se podrá otorgar por la totalidad del período, incluidos el internamiento y los días de reposo recomendados. La gestión debe realizarla el interesado o su representante en casos justificados, y con la aportación de sus documentos de identificación y el correspondiente certificado médico, para lo cual se requiere el aval de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

En el caso de hospitalización en el extranjero la documentación que presente el trabajador (a)



deberá estar refrendada y autenticada por las autoridades consulares respectivas, para ser analizada e investigada por la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades, con el propósito de que ésta la remita a la Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades para el aval correspondiente en cuanto a su admisión, modificación o denegatoria.

Será siempre requisito para el reconocimiento retroactivo de una incapacidad, que el trabajador (a) aporte una certificación de su patrono, en el que se acredite su condición de trabajador (a) activo (a).

En caso, de trabajador (a) independiente deberá corroborarse su cotización en el período de la retroactividad, por medio del correspondiente comprobante de pago.

#### Artículo 12°. De los riesgos no cubiertos por la Caja

Las incapacidades por Riesgos del Trabajo (accidentes y enfermedades del trabajo), cuya atención corresponde al Instituto Nacional de Seguros (artículos 236 a 241 del Código de Trabajo), quedan expresamente excluidas del otorgamiento que regula este reglamento.

En orden a lo que establece el artículo 195° de dicho Código, tampoco es procedente la extensión de incapacidades cuando se trate de la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes o enfermedades.

Cuando haya duda sobre el tipo de riesgo (situaciones frontera), la incapacidad podrá otorgarse, pero el caso deberá referirse para su estudio a la comisión conformada por ambas instituciones (artículo 330 del Código de Trabajo), con el fin de determinar si se trata de enfermedad común o riesgo profesional; en este último caso deberá realizarse el cobro correspondiente al Instituto Nacional de Seguros (INS). Dicha Comisión deberá pronunciarse en un plazo máximo de 30 días.

#### Artículo 13°. De la atención de emergencias por riesgos del trabajo y accidentes de tránsito.

Cuando los médicos de la Institución identifiquen la etiología de un caso como atribuible a riesgo de trabajo o accidente de tránsito, se otorgará la atención de emergencia requerida, emitiendo de



inmediato la referencia a los servicios médicos del Instituto Nacional de Seguros (INS). La incapacidad que pudiere ser necesaria no corresponde a la Caja.

La Oficina de Validación de Derechos, debe tramitar el cobro correspondiente ante el INS de la atención médica otorgada por la Caja al paciente.

Artículo 14° De las pólizas por accidente de tránsito agotadas.

Cuando se haya agotado la póliza de seguro obligatorio de vehículos el asegurado podrá ser incapacitado, en caso necesario, en la Caja, a partir de la presentación del documento médico de traslado (referencia médica o epicrisis) y el documento que compruebe el agotamiento de póliza; documentos que debe gestionar el trabajador (a) ante el Instituto Nacional de Seguros.

Los períodos de incapacidad otorgados por el INS, sea con anterioridad o posterioridad al agotamiento de la póliza, en ningún caso serán asumidos por la Caja.

Artículo 15°. De la creación de comisiones médicas evaluadoras de incapacidad (C.M.E.I)

En todo centro médico funcionará una "Comisión médica evaluadora de incapacidades", la cual estará integrada en la siguiente forma:

Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades: Director médico o su delegado

Dos médicos (generales o especialistas según la unidad prestadora de servicios como mínimo).

Comisión Regional Médica Evaluadora de Incapacidades. Director Médico Regional o su delegado.

Dos médicos generales o especialistas o sus delegados nombrados por el Director Regional.

Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades: Gerente de División Médica o su delegado.  
Sub Gerente Médico o su delegado.

Médico General o Especialista asignado por la Gerencia Médica.



En los sectores, el médico de Equipo Básico de Atención Integral en Salud, deberá someter a evaluación sus casos, en el Área de Salud respectiva, participando activamente en el proceso. El funcionamiento de estas comisiones es de carácter permanente y serán integradas por funcionarios médicos de la institución y sus recomendaciones son vinculantes.

Las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades estarán integradas por médicos debidamente incorporados al Colegio de Médicos (artículo 50 Código de Moral Médica) y tendrán la potestad de convocar a profesionales de otras disciplinas como consulta para la resolución de casos.

Artículo 16°. De las obligaciones de las comisiones médicas evaluadoras de incapacidades.

Las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades tienen el cometido de garantizar la aplicación de las normas legales y reglamentarias relacionadas con el otorgamiento de incapacidades, así como llevar a cabo el proceso de evaluación del programa de incapacidades en todos los centros médicos, y funcionarán de acuerdo con lo estipulado en la reglamentación vigente así como en el Instructivo que establece los procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Dentro de las funciones para el logro de dicho cometido están:

- a) Evaluar a cada uno de los pacientes que han sido incapacitados dentro de un plazo de 6 meses, si la incapacidad o las incapacidades suman más de 30 días.
- b) Apoyar y orientar al paciente cuyo problema de salud se origine en circunstancias excepcionales que van más allá del concepto biológico de la medicina, para procurar su reincorporación al trabajo.
- c) Desarrollar un sistema de información que permita retroalimentar el proceso de evaluación de las incapacidades críticas recurrentes.
- d) Facilitar información operativa en el área de incapacidades, que permita la creación de mejores indicadores en el ámbito regional y nacional, con el fin de lograr mayor eficiencia en la toma de decisiones.



e) Atender y resolver las solicitudes de prórroga de incapacidad.

f) Las Comisiones Regionales y la Comisión Central Médica Evaluadora de Incapacidades serán las responsables de supervisar, asesorar y capacitar a las Comisiones locales según corresponda; así como, velar por la coordinación de las comisiones locales existentes en los diferentes niveles de atención.

g) Ratificar la procedencia de aquellas incapacidades otorgadas por los médicos de sus respectivos centros que superen los 30 días, a excepción de los internamientos en algún centro médico de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Artículo 17°. De los médicos de empresa.

Los médicos de empresa autorizados por la Caja como tales, podrán otorgar incapacidades hasta por cinco días dentro del plazo de treinta días naturales. La constancia de incapacidad debe ser remitida al centro de adscripción respectivo, dentro de los 5 días hábiles posteriores a su otorgamiento.

De requerirse incapacidad que supere los cinco días en el plazo indicado, el trabajador debe ser valorado por los profesionales médicos de la Caja, para lo cual deberá ser referido con una epicrisis al centro médico de adscripción.

Es responsabilidad de los centros médicos que autorizan el funcionamiento de médicos de empresa, establecer los controles necesarios sobre el otorgamiento y registro de todas las incapacidades que se otorguen bajo esta modalidad.

El extravío de formularios "CONSTANCIA PARA INCAPACIDADES Y LICENCIAS" debe ser reportado inmediatamente a la Dirección Médica del centro médico al que se encuentra adscrito.

Artículo 18°. De las licencias por maternidad.

En caso de maternidad, a toda trabajadora activa cotizante, se le extenderá una licencia por cuatro meses en un solo documento, que incluye el pre y el post parto, conforme se establece en las leyes



generales y especiales aplicables.

Cuando la licencia de maternidad se emita después del parto, se hará por tres meses a partir del nacimiento, salvo normas legales que dispongan plazos menores.

En las complicaciones del embarazo debe protegerse a la madre con incapacidad de acuerdo al criterio médico y estarse a lo contenido en la tabla de días promedio, indicada en el Artículo 23 de este Reglamento.

Tratándose de aborto no intencional o parto prematuro no viable, cuando la gestación haya alcanzado las dieciséis semanas, el período de licencia será equivalente a la mitad del período pos parto de la licencia por maternidad.

Artículo 19°. De la modificación del período de licencia por maternidad

Si el ser procreado naciere sin vida, el período original de la licencia se modificará otorgando una nueva licencia hasta por 45 días a partir de la fecha del parto o fecha de defunción del neonato.

Artículo 20°. De la licencia por adopción.

La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor; podrá otorgarse hasta por 90 días contados a partir del momento en que la asegurada demuestre haber recibido el menor, en calidad de madre, de acuerdo con los términos del artículo 95 del Código de Trabajo. En estos casos, cuando el niño por su edad esté en período de amamantamiento, previo dictamen médico de que existe lactancia efectiva, deberá extenderse el respectivo permiso de lactancia en las mismas condiciones que la madre biológica.

Artículo 21°. De la licencia por Fase Terminal.

En caso de que un trabajador asalariado solicite el beneficio de la licencia por cuidado de paciente en fase terminal se debe proceder de acuerdo con lo que establece la Ley 7756 y su instructivo



Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal.

Las licencias serán autorizadas por la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades del centro de adscripción del trabajador encargado del cuidado del paciente en fase terminal. Este acto administrativo deberá quedar registrado en el expediente de salud del trabajador encargado del cuidado del paciente en fase terminal y además la Dirección Médica de cada centro deberá llevar un expediente administrativo para cada caso autorizado.

Artículo 22°. De los días promedio de incapacidad por enfermedad.

El número de días de incapacidad por enfermedad se establece con base en el criterio médico. Como parámetro de referencia se establece la siguiente lista:

#### Causas de Incapacidad

1. Enfermedades respiratorias agudas
2. Dorsopatías
3. Infecciones intestinales
4. Trastornos neuróticos
5. Ojo y sus anexos.
6. Neumonía influenza
7. Traumatismos superficiales
8. Complicaciones del embarazo
9. Infecciones renales, litiasis y otras aparato urinario
10. Artropatías y trastornos afines
11. Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.



12. Enfermedades odontológicas

13. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

14. Enfermedad del esófago, estómago, duodeno

15. Esguince y desgarres

En ningún caso el período de incapacidad que se otorgue en un mismo documento, podrá superar el plazo de 30 días; con excepción de los casos de internamiento hospitalario en la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Aquellos trabajadores (as) cuya patología amerite, según criterio médico, un período mayor a treinta días de incapacidad, deberá el médico tratante justificarlo en el expediente de salud del trabajador (a) y solicitar el visto bueno de la Dirección Médica de cada centro médico, o a la autoridad que la misma delegue, para lo cual contarán con la asesoría de su respectiva Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades.

Artículo 23°. Disposición final.

Los aspectos no contemplados expresamente en este Reglamento, se regirán por lo dispuesto en los principios generales del derecho, en la normativa internacional aplicable, en el Código de Trabajo y en el Reglamento del Seguro de Salud.

En consecuencia, queda derogado el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud y sus reformas, aprobado en el artículo 36°, de la sesión número 7143, celebrada el 22 de julio de 1997.

### ***b) Instructivo para el pago de prestaciones***



[CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL]<sup>2</sup>

## CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

### ARTICULO 1 ° DEL OBJETIVO

El presente Instructivo tiene por objeto establecer las normas y las regulaciones relacionadas con el pago de las prestaciones en dinero que otorga la Caja Costarricense de Seguro Social a los asegurados cubiertos por el Seguro de Salud, con base en lo que al respecto señalan la Ley Constitutiva de la Caja, Reglamento del Seguro de Salud, Ley 7756 del 20 de marzo de 1998 "Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal" y Reglamentaciones Conexas.

### ARTICULO 2°

#### DEL CONCEPTO Y LAS PRESTACIONES EN DINERO

Por prestaciones en dinero se entiende, el conjunto de aportes económicos que la Caja otorga a los asegurados protegidos por el Seguro de Salud, con las regulaciones que para cada prestación señalan los instructivos correspondientes. Las prestaciones que se otorgan son:

Subsidios y ayudas económicas por incapacidad de enfermedad. Subsidios y ayudas económicas por licencia de maternidad. Subsidios para responsables de pacientes en fase terminal Ayuda para hospedajes Pago de traslados

Ayuda para accesorios y prótesis médicas Ayuda para prótesis dentales Ayuda para libre elección médica Ayuda para gastos de funeral Ayuda para anteojos

### ARTÍCULO 3°

#### DEL CAMPO DE APLICACIÓN

Las prestaciones aquí señaladas, con las regulaciones y limitaciones que para cada una de ellas



señala el instructivo o norma correspondiente, se otorgan a los asegurados directos, sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar, los Asegurados por Cuenta del Estado y los menores protegidos por el Programa del Seguro Estudiantil.

Quienes disfruten del Seguro Estudiantil, tienen derecho a todas las prestaciones en dinero que se señalan en este instructivo, salvo los subsidios por incapacidad que se otorgan sólo a los trabajadores activos cotizantes y la ayuda para gastos de funeral y entierro, la cual de acuerdo con lo que establece el artículo 52° del Reglamento de Salud, se otorga por fallecimiento del asegurado directo, su cónyuge, compañero (a), viudo (a).

#### ARTÍCULO 4°

##### DE LOS DOCUMENTOS PARA EL PAGO

Para efectuar el pago de cualquiera de las prestaciones en dinero aquí señaladas, es indispensable que los interesados presenten según corresponda los siguientes documentos.

Documento de identificación vigente (cédula de identidad, licencia, pasaporte ó cédula de residencia), del asegurado directo.

Documento de identidad (cédula, licencia, pasaporte ó cédula de residencia) vigente de quien gestiona el cobro.

Comprobante de derechos vigente (orden patronal, recibos seguro voluntario o trabajador independiente).

Carné del Seguro Social

Documentos que justifican el pago

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)



## ARTÍCULO 5°

### DE LOS PAGOS A TERCEROS

Los pagos siempre deben realizarse al asegurado directo; sin embargo, puede hacerse a terceros en caso de darse alguna de las siguientes circunstancias.

Cuando haya una autorización escrita

Cuando el gasto lo ocasiona un asegurado familiar mayor de edad. Cuando así sea ordenado por una Autoridad Judicial Cuando medie informe de la Oficina de Trabajo Social Cuando se trata de la ayuda para gastos de funeral.

Cuando se trata de beneficios a menores de edad, en cuyo caso el pago puede realizarse a alguno de los padres, o al acompañante si se trata de traslados.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 6°

### DEL LUGAR DE PAGO

Los pagos se tramitan en el Área Asesoría de Prestaciones de Dinero de las Oficinas Centrales o en la Sucursal correspondiente, de acuerdo con el lugar de adscripción del asegurado directo. Cuando el gasto es generado por un asegurado familiar cuyo domicilio es diferente al del asegurado directo, podrá pagarse de acuerdo con su centro de adscripción.

## ARTÍCULO 7°

### DEL LUGAR DE ADSCRIPCIÓN

Se entiende como lugar de adscripción, el centro médico donde el asegurado normalmente reside y en el cual debe realizar sus gestiones sanitarias y administrativas, considerándose para estos



efectos las Áreas de Salud y los Ebais.

## ARTÍCULO 8°

### DE LOS CARGOS PRESUPUESTARIOS

Por norma general los cargos presupuestarios por prestaciones en dinero corresponden al centro asistencial que genera el gasto.

Los cargos presupuestarios de los subsidios por enfermedad o por maternidad, de acuerdo con lo señalado en los artículos 35° y 40° de Reglamento del Seguro de Salud, corresponden al centro asistencial que otorga la incapacidad o licencia.

Tratándose de incapacidades otorgadas por médico de empresa, el cargo es aplicable al centro de adscripción del trabajador (a).

Los pagos por concepto de ayuda para gastos de funeral, así como los subsidios por licencias para responsables de pacientes en fase terminal, se tramitan con cargo a la Unidad Ejecutora 1162 Área Regulación del Seguro de Salud.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007) ARTÍCULO 9°

### DE LOS PAGOS PENDIENTES POR MUERTE DEL ASEGURADO

Cuando queden incapacidades pendientes de pago con motivo de fallecimiento de un asegurado directo, los familiares harán la gestión de cobro por escrito ante la unidad pagadora de la Caja, la cual, la trasladará a la Oficina de Trabajo Social del centro médico de adscripción del asegurado fallecido, para que se realice un estudio social. Tratándose de personas no familiares del fallecido, los interesados harán la gestión ante la Autoridad Judicial competente.

## ARTÍCULO 10°



## DE LA MOROSIDAD PATRONAL

Cuando se realicen pagos por prestaciones en dinero a trabajadores o sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar, encontrándose el patrono en condición de moroso, el costo de esas prestaciones debe facturarse a este último, de conformidad con lo que establecen el artículo 36° de la Ley Constitutiva de la Caja y 53° del Reglamento del Seguro de Salud.

Tratándose de asegurados voluntarios y trabajadores independientes, atrasados en el pago de sus cuotas, no es procedente el reconocimiento de prestaciones en dinero. Sólo procede el pago por prestaciones otorgadas con posterioridad al cese de la morosidad.

En el caso de los Trabajadores Independientes que presenten la doble condición de trabajador independiente y patrono físico, procede el pago solo en el caso de estar al día con la seguridad social en sus dos status.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 11°

### DE LA NEGATIVA PATRONAL PARA LLENAR CONSTANCIA COBRO SUBSIDIO

De acuerdo con lo que señala el artículo 54° del Reglamento del Seguro de Salud, cuando un patrono se niegue a firmar y entregar la constancia para el cobro de subsidios a un trabajador, los Agentes de Servicios (Inspectores de Leyes y Reglamentos de la Caja), procederán al llenado de esa fórmula, para lo cual utilizarán los procedimientos que estimen necesarios.

Si la negativa se debe a que al patrono se le han confeccionado planillas adicionales por no reporte oportuno de salarios o diferencias en los mismos, el pago procede una vez que haya quedado en firme el acto administrativo, por lo cual, se solicitará la correspondiente certificación al área de Inspección.

## ARTÍCULO 12°



## DEL EXTRAIVIO DE LA CONSTANCIA PARA COBRO SUBSIDIOS.

La información que incluye la Constancia para Cobrar el Subsidio es indispensable para el trámite de los pagos de subsidios; por tal motivo, ante la circunstancia del extravió de este documento, para que el pago pueda realizarse debe requerirse una constancia patronal, donde se indique que el trabajador efectivamente labora para ese patrono y que fue incapacitado por la Caja; en dicha constancia debe señalarse el periodo y el número de la constancia de la incapacidad o licencia internamente, esta información debe ser confrontada con los registros de la Constancia de Incapacidad emitida en el centro médico, la cual debe aparecer registrada en la unidad pagadora correspondiente

## ARTÍCULO 13°

### DE LA PRESCRIPCIÓN.

Todas las prestaciones en dinero que otorga el Seguro de Salud, prescriben en 6 meses, de acuerdo con lo que señala el artículo 61° de la Ley Constitutiva de la Caja, entendiéndose este plazo en meses calendario, es decir, de fecha a fecha

Para los efectos prácticos de la aplicación individual en cada prestación, dicho periodo se cuenta de la siguiente manera:

Subsidios y ayudas económicas, a partir del último día de la incapacidad o la licencia Subsidios licencias cuidado pacientes fase terminal, a partir del último día otorgado. Prótesis, aparatos ortopédicos y accesorios médicos, a partir de la fecha de autorización de la receta

Prótesis dentales a partir de la fecha de la autorización de la receta. Libre elección médica, desde la fecha de autorización del servicio por parte de la Dirección Médica del centro asistencial.

Traslados y Hospedajes, desde la fecha en que ocurrió el traslado o egreso del Hospital. Ayuda para gastos médicos en caso de emergencia, conforme lo indicado en el artículo 19° del Reglamento del Seguro de Salud, a partir de la fecha en que se dio la emergencia.

- Ayuda para gastos de funeral, a partir de la fecha de fallecimiento del asegurado.



(Así reformado en oficio N° 21906 del 16 de junio 2003 por la Gerencia de División Administrativa)

#### ARTÍCULO 14°

##### DE LAS LICENCIAS PERSONA SANA

De conformidad con lo que establecido el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias, este tipo de licencia se otorga sólo al trabajador (a) asalariado (a), debidamente autorizado para cuidar a un paciente en Fase Terminal.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 15°

##### DE LAS LICENCIAS FASE TERMINAL

El pago de subsidios por concepto de licencias fase terminal, se rige por el " Instructivo Beneficio para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal". Con excepción del rebajo de los tres primeros días, lo normado en el Reglamento del Seguro de Salud y este instructivo en cuanto al pago de las incapacidades por enfermedad, es enteramente aplicable a este tipo de licencias.

#### ARTÍCULO 16°

##### DE LOS CESANTES

Durante el periodo de conservación de derechos que señala el artículo 60° del Reglamento del Seguro de Salud, el trabajador y sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar tienen derecho al pago de prestaciones en dinero, salvo los subsidios por incapacidad o licencia.

Tratándose de incapacidades y licencias, podrán pagarse aquellas que fueron otorgadas antes de la fecha de cesantía.



(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## CAPÍTULO II PAGO INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD

### ARTÍCULO 17°

#### DEL PROPÓSITO DE LOS SUBSIDIOS

El subsidio tiene como propósito sustituir parcialmente la pérdida del ingreso que sufra el trabajador (a) activo (a), por causa de una incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, así expresamente señalado en el artículo 28° del Reglamento del Seguro de Salud. Por lo tanto, no es procedente considerar para el cálculo de los subsidios ingresos por otros conceptos tales como pago vacaciones, bonos y regalías. Cuando se trate de pagos acumulados, la parte que puede tomarse en cuenta, es la proporción que corresponde al mes o meses que sirven de base para el cálculo.

Por extensión, este principio debe aplicarse en el pago de las ayudas económicas y subsidios por licencias a los responsables de pacientes en fase terminal.

### ARTÍCULO 18°

#### DEL DERECHO

Los trabajadores (as) activos cotizantes, incapacitados (as) por los médicos de la Institución o de cualquier sistema o proyecto aprobado por la Caja, tienen derecho al pago de subsidios y ayudas económicas, conforme a los plazos de calificación que señalan los artículos 34° y 38° el Reglamento del Seguro de Salud.

### ARTICULO 19°



## DE LA CALIFICACIÓN DEL RIESGO

El criterio que debe prevalecer para la determinación del riesgo, es exclusivamente la calificación hecha por el médico tratante, la cual necesariamente debe aparecer indicada en la casilla correspondiente de la fórmula "Constancia de Incapacidad y Licencia", misma que así debe ser registrada en los sistemas magnéticos.

Ante la presunción de estar ante un riesgo del INS, se deben suspender los pagos y consultar a la unidad médica que emitió la incapacidad para determinar el riesgo correcto. De comprobarse que se trata de un riesgo a cargo del INS, los subsidios pagados deberán ser cobrados a esa Institución conforme lo indica en el artículo 73° del Reglamento del Seguro de Salud

## ARTÍCULO 20°

### DE LAS INCAPACIDADES CAJA-INS

Cuando una incapacidad por enfermedad, inicia dentro o inmediatamente después de otra por riesgo laboral a cargo del INS y no haya transcurrido un plazo mayor a un año (365 días) desde que el asegurado dejó de cotizar por el riesgo laboral, procede el pago del subsidio, en el entendido que éste inicia una vez finalizada la incapacidad del INS. En tal caso, el plazo de calificación cuenta desde el día anterior al inicio de la incapacidad otorgada por el INS.

## ARTÍCULO 21 °

### DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Los accidentes de tránsito son riesgos a cargo del INS, conforme lo dispone la Ley de Tránsito.

Con posterioridad al agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio de Vehículos (SOA), según comunicación formal que hará el INS y en el evento que la Caja otorgue nuevas incapacidades, éstas podrán pagarse como riesgo común, según los plazos establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud.

Las incapacidades otorgadas por el INS fuera de los límites de la póliza del seguro obligatorio de vehículos, no son reconocidas por la Institución.



(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 22°

### DE LOS PERIODOS A PAGAR

El pago de las incapacidades otorgadas por médicos de la Caja o autorizados por ésta, procede a partir del cuarto día; no obstante, si no ha transcurrido un periodo mayor a los 30 días naturales desde que se otorgó la incapacidad precedente, la (s) subsiguiente (s) serán pagadas sin el rebajo de los primeros tres días. Asimismo, si una incapacidad inicia dentro o es continuación inmediata de una licencia por maternidad, no se rebajan los primeros tres (3) días.

Si una incapacidad inicia en el mismo mes que el trabajador comenzó a laborar extendiéndose al mes siguiente, procede el pago a partir del cuarto día de este segundo mes.

Las licencias que se otorgan al asalariado para cuidar a un paciente en fase terminal, se pagan completas, sin rebajo de los tres primeros días.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 23°

### DEL CÓMPUTO DE DÍAS PAGADOS

Todos los días pagados por la Caja por incapacidad, ya sea como subsidio o ayuda económica, se computarán para los efectos del plazo máximo de 365 días. Se exceptúan de este cómputo los días pagados por concepto de licencias de maternidad y de fase terminal.

El plazo máximo se computará dentro de un rango de dos años (730 días), y para tales efectos se toma como referencia el último día de incapacidad pagado y se cuentan 730 días hacia atrás, eliminándose aquellos que queden fuera de ese rango. Sin embargo, si en este lapso el trabajador



se reincorpora a su trabajo y cotiza un periodo de 12 meses y se incapacita de nuevo, se reinicia un nuevo cómputo de 365 días.

Cuando el trabajador haya agotado los plazos máximos de subsidios establecidos, podrá tener derecho a nuevos pagos, siempre y cuando haya transcurrido un año desde el último día de incapacidad pagado y cotice nuevamente por los plazos de calificación señalados en los artículos 34° y 38° del Reglamento del Seguro de Salud.

#### ARTÍCULO 24°

##### DEL PLAZO DE CALIFICACION PARA LOS SUBSIDIOS

El derecho al pago de subsidios por enfermedad se concreta en el momento en que el trabajador activo, asalariado o independiente, haya cotizado el mes anterior y complemente seis (6) cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la incapacidad o licencia.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 25°

##### DE LA CUANTÍA DEL SUBSIDIO

El subsidio es equivalente a 4 veces la contribución total al Seguro de Salud (15%), según la suma de las cotizaciones del trabajador, patrono, Estado), derivada de los salarios o ingresos procesados por la Caja en los tres meses consecutivos, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, o de los ingresos que sirvieron de base a la cotización.

Tratándose de trabajadores(as) independientes la multiplicación anterior es por el 8% (incluye la cuota del Estado), o el porcentaje de cotización que corresponda, y el subsidio se paga proporcionalmente conforme la siguiente tabla:



## ARTÍCULO 26°

### DEL CÁLCULO DEL SUBSIDIO

El subsidio se obtiene multiplicando el salario promedio por 15% (incluye cuota obrera, patronal y del Estado), luego por 4 y el resultado se divide entre 30 para obtener el subsidio diario. Tratándose de asalariados, puede utilizarse la fórmula tradicional dividiendo entre 50, 100 ó 150 según se tome uno, dos o tres salarios como base para el cálculo.

El cálculo excluye salarios correspondientes a periodos anteriores (vacaciones, recalificaciones), así como ingresos por otros conceptos (bonos vacacionales, de asistencia o regalías, incentivo escolar, etc.).

Tratándose del salario escolar su aplicación se hace una vez que éste haya sido pagado y registrado en la Caja, tomándose en cuenta sólo la parte proporcional que corresponde al 8.19 % de cada uno de los meses de referencia para el cálculo; en el entendido que no debe haber transcurrido el plazo de prescripción.

En el caso de los trabajadores independientes, la contribución derivada es del 8 % y por lo tanto el subsidio diario se calcula multiplicando ese porcentaje por el ingreso de referencia, el cual a su vez se multiplica por 4 y se divide entre 30 para obtener el subsidio diario. El porcentaje que corresponda después de efectuado el cálculo anterior, procede según los meses de cotización conforme lo indica la tabla que incluye el artículo anterior.

El subsidio se paga por periodos vencidos y con ajuste al procedimiento que la Institución defina

Las anteriores disposiciones son aplicables también para el pago de las ayudas económicas. (Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 27°

### DE LAS PRÓRROGAS

En casos calificados y de excepción, a juicio de la Comisión Médica Local Evaluadora de Incapacidades, el asegurado incapacitado que haya agotado el plazo máximo de pago de 365 días,



pero que además tenga al menos nueve cotizaciones dentro de los 12 meses anteriores al inicio de la incapacidad, tiene derecho al pago de incapacidades hasta por SEIS MESES adicionales, enmarcados obligatoriamente dentro de los seis meses subsiguientes al último día pagado correspondiente al período máximo indicado.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 28°

### DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS

Cuando el asegurado no complete el plazo de calificación para el pago de subsidios, pero ha laborado y cotizado una o más cuotas consecutivas pero menos de 6, tiene derecho a una ayuda económica de conformidad con los plazos que seguidamente se indican:

Con una o dos cuotas hasta 12 semanas (84 días)

Con tres a cinco cuotas hasta 36 semanas (182 días)

Los días pagados por este concepto, son acumulables para el cómputo del plazo máximo de 365 días.

Tratándose de trabajadores (as) independientes, al subsidio diario calculado conforme lo indica el artículo 25° anterior, se le aplica el porcentaje a que se refiere la tabla señalada en el mismo artículo citado.

## ARTÍCULO 29°

### DE LAS COTIZACIONES CON VARIOS PATRONOS

Cuando la persona incapacitada labora simultáneamente con varios patronos, el cálculo se hace individualmente con base en los salarios registrados con cada uno de ellos, de manera que permita



establecer si se trata de subsidio o ayuda económica, conforme el plazo de calificación existente con cada patrono.

Lo anterior, en razón de que los plazos máximos que otorga la Caja, están concebidos en relación directa con los periodos de cotización.

Por otra parte, tratándose de patronos no simultáneos, pueden considerarse cotizaciones con patronos anteriores, con el fin aplicar el concepto de subsidio en vez de ayuda económica. En tal caso, el subsidio se calcula con base en el salario que reporta el patrono actual del trabajador.

En la situación anterior, cuando la incapacidad es otorgada en el mismo mes que el trabajador (a) comienza a laborar con el nuevo patrono, el cálculo se hace con base en los salarios registrados con el patrono anterior.

Estas normas son también aplicables en caso del pago de subsidios por licencias de maternidad y licencias por fase terminal.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 30°

### DE LA OBLIGACIÓN DE INVESTIGAR SALARIOS

Cuando, con respecto a los salarios registrados que sirven de base para el cálculo, se perciban indicios de que no se ajustan a la realidad o algún intento de defraudación a la seguridad social, conforme al reporte histórico en las planillas, el funcionario encargado de autorizar el pago, debe realizar una investigación para determinar la realidad salarial del trabajador. Para tales efectos puede solicitar una constancia del patrono, que permita aclarar la duda o en su defecto recurrir al Servicio de Inspección.

El incumplimiento de esta obligación constituye falta grave para los efectos disciplinarios laborales.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)



## ARTÍCULO 31 °

### DE LA INCOMPATIBILIDAD DEL SUBSIDIO

El subsidio por enfermedad o licencia es incompatible con otras prestaciones económicas por el mismo concepto, contempladas en leyes especiales. Cuando se dé esta doble cobertura el monto del subsidio se reducirá, de manera que el monto total del beneficio no exceda el cien por cien (100%) del salario del trabajador.

## ARTÍCULO 32°

### DE LA PERDIDA DEL DERECHO A LOS SUBSIDIOS

El derecho al subsidio o la ayuda económica se pierde cuando:

El plazo de prescripción señalado en el artículo 61 ° de la Ley Constitutiva, haya concluido.

El asegurado (a) incurra en fraude o adultere documentos de la Caja, o haya inducido a engaño a funcionarios de la Institución.

El trabajador o trabajadora se encuentre cesante, en huelga, durante la suspensión legal del contrato de trabajo o que haya suspendido su actividad económica.

El trabajador (a) se dedique a labores remuneradas o esté recibiendo el salario completo durante el periodo de la incapacidad o la licencia.

El trabajador (a) no cumpla con las prescripciones médicas que se le impartan, entendiéndose esto desde el marco del tratamiento o del objetivo de la incapacidad o la licencia conforme el diagnóstico. Ej. Amenaza de aborto = reposo; depresión = viajar.

## CAPÍTULO III



## PAGO DE LICENCIAS POR MATERNIDAD

### ARTÍCULO 33°

#### DEL DERECHO

Toda trabajadora activa (incluidas las independientes) en estado de gravidez, que cumpla con los plazos de calificación, tiene derecho al pago de licencia de maternidad hasta por cuatro meses, periodo que incluye el pre y el post parto. Igual derecho tiene la asegurada activa que adopte un niño, caso en el cual el periodo que se paga es de hasta por tres meses, de acuerdo con los términos de la ley de adopción.

Tratándose de aborto no intencional o parto prematuro no viable, cuando la gestación haya alcanzado un periodo de dieciséis (16) semanas, procede el pago de subsidios como maternidad, por la mitad del periodo post parto, de conformidad con lo dispone el Art. 18° del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

También procede el pago cuando la trabajadora, no obstante haber disfrutado de un permiso sin goce de salario antes de la licencia, es activa y cumple con el plazo de calificación reglamentario.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

### ARTÍCULO 34°

#### DEL PLAZO DE CALIFICACIÓN PARA LOS SUBSIDIOS

Para el pago de los subsidios por maternidad se requiere que la trabajadora activa haya cotizado al menos 3 meses consecutivos, inmediatamente anteriores a la licencia o el parto, o 06 no necesariamente consecutivos dentro de los 12 anteriores a la licencia o el parto.



## ARTÍCULO 35°

### DE LA CUANTÍA

La cuantía del subsidio o de la ayuda económica es equivalente a 3.333 veces la cotización derivada de los salarios o ingresos, procesados por la Caja en los tres meses anteriores al inicio de la licencia o el parto, o de los que sirvieron de base a la cotización, con el patrono con el cual se incapacita la trabajadora.

Tratándose de trabajadoras independientes la cotización derivada se obtiene multiplicando el porcentaje total de cotización (8 % o el porcentaje de cotización que corresponda que incluye la cuota de la trabajadora y del Estado.

El subsidio se pagará por periodos vencidos y con ajuste al procedimiento que la Institución defina.

Cuando la trabajadora no cumple con el plazo de calificación señalado para el pago de subsidios, puede recibir una ayuda económica de conformidad con lo que establece el artículo 28° de este Instructivo.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 36°

### DEL CÁLCULO DEL SUBSIDIO

El subsidio se obtiene multiplicando el promedio de los salarios por 15% (incluye cuota obrera, patronal y del Estado), el producto se multiplica luego por 3.333 y se divide entre 30 para obtener el subsidio diario.

Tratándose de trabajadoras independientes la primera multiplicación es por 8% o el porcentaje de cotización que corresponda (incluye cuota de la trabajadora y la de del Estado); el resto del procedimiento es igual. Además, el subsidio en este caso se paga proporcionalmente al número de meses cotizados conforme la tabla incluida en el artículo 25° de este Instructivo.



El cálculo del subsidio en el caso de los asalariados, puede realizarse mediante la fórmula tradicional de dividir entre 60, 120 o 180 según se trate de uno, dos o tres salarios de referencia respectivamente.

#### ARTÍCULO 37°

##### DE LA SIMULTANEIDAD DE PAGOS

No procede el pago de los subsidios o ayudas económicas por maternidad simultáneamente con subsidios o ayudas económicas por enfermedad o licencia fase terminal. Cuando se diere esta doble posibilidad, el pago por maternidad prevalece sobre los otros.

#### ARTÍCULO 38°

##### DE LA MODIFICACIÓN DEL PLAZO DE LA LICENCIA

Si el ser procreado naciere muerto o falleciere dentro del primer mes, para efectos del pago, conforme lo establece el Reglamento de Salud, el plazo de la licencia debe ser modificado por los servicios médicos, otorgándose una nueva licencia por 45 días, a partir de la fecha del parto.

#### CAPÍTULO IV TRASLADOS Y HOSPEDAJES

#### ARTÍCULO 39°

##### DE LOS DERECHOS

Cuando por razones de distancia, emergencia debidamente verificadas por el personal de salud o necesidad de atención en un servicio especializado, se haga necesario el traslado o permanencia de un asegurado fuera de su lugar de adscripción, la Caja, podrá otorgar el pago de traslados y una ayuda para hospedaje de acuerdo con las regulaciones que se establecen para cada uno de estos beneficios.



## ARTÍCULO 40°

### DE LOS TRASLADOS

Tienen derecho al pago de traslados todos los asegurados directos cotizantes al Seguro de Salud, sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar, los Asegurados por el Estado. los menores protegidos por el programa del Seguro Estudiantil, así como los acompañantes autorizados por los servicios médicos, cuando:

- Hayan sido referidos o que por razones especiales están siendo atendidos en un centro asistencial cuyos servicios no pueden ser otorgados en su lugar de adscripción.
- Se den circunstancias especiales en las que el asegurado requiere asistir a servicios muy específicos que otorga la institución (acompañamiento de menores Hospital Nacional de Niños, retiro personal de medicamentos (psicotrópicos).
- Se trate de una emergencia, en que por circunstancias especiales debidamente verificadas por el personal de salud de la Caja, deban ser atendidas en otro centro asistencial ajeno al de la adscripción del asegurado, siempre que el traslado se origine en la necesidad de recibir atención médica.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 41 °

### DE LAS NORMAS PARA EL PAGO

El pago de los traslados se rige por las siguientes normas.

El importe será igual al de las tarifas ordinarias de transporte autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transportes



Se pagará el traslado entre el centro de adscripción del asegurado (incluye los Ebais) y el centro especializado, cuando la distancia es igual o superior a los 50 Km.

Si excepcionalmente la distancia es menor (no menos de 25 Km.), pero se trata de zonas rurales donde no hay vías de comunicación idóneas y además existen limitaciones del servicio de transporte, la autorización del pago, corresponderá determinarla a la sucursal correspondiente, haciendo la indicación del caso en el respectivo comprobante de pago.

En casos muy calificados, catalogados como muy especiales a juicio de la Dirección Médica del Centro Asistencial, se reconocerá el pago del traslado por vía aérea, marítima o fluvial.

En casos calificados a juicio de las Jefaturas de las Sucursales, podrán pagarse servicios de transporte con tarifas no ordinarias que permitan eliminar pagos de hospedajes, por motivo de las horas de las citas (servicio directo).

En el caso de Ciudadanos de Oro se cancela la diferencia entre el monto de la tarifa y el monto de exoneración para el transporte público. Lo anterior, de acuerdo con el tiquete otorgado por la Caja para la aplicación de la ley 7956 " Ley de Reforma al artículo 33 de Transporte Remunerado de Personas" y el "Decreto ejecutivo 30107 del 24 de enero 2002" que exonera total o parcialmente del pago de pasajes a los ciudadanos de oro según la distancia de la ruta."

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 42°

##### DE LOS HOSPEDAJES

La ayuda por concepto de hospedaje sólo se paga cuando por razones de distancia o por la índole de la dolencia, resulte indispensable la permanencia del asegurado en el lugar donde se ubica el centro especializado.

#### ARTÍCULO 43°



## DEL DERECHO AL HOSPEDAJE

Son sujetos del pago por hospedajes, todos los asegurados directos cotizantes del Seguro de Salud, incluidos los Asegurados por el Estado jefes de familia y los menores protegidos por el Seguro Estudiantil. Asimismo, los acompañantes de cada uno de ellos debidamente autorizados por los servicios médicos. El derecho al pago procede cuando:

- Entre el centro de adscripción y el centro especializado del segundo o tercer nivel que atiende, medie una distancia igual o superior a los 100 KM, aplicando para estos efectos el mismo criterio que se menciona en la segunda viñeta artículo 41 de este Instructivo.

La cita médica o fecha de atención haya sido programada para las 9 horas o antes.

Por motivo de horario de los servicios de transporte no le sea posible al asegurado trasladarse para asistir puntualmente a su cita, circunstancia que deberá quedar constando en el documento de pago.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 44°

### DE LOS ACOMPAÑANTES

Cuando el paciente, según indicación médica, requiera ser acompañado para recibir los servicios de atención especializada, el pago del traslado y el hospedaje al acompañante proceden en las mismas condiciones y circunstancias que las del asegurado. Debe entenderse que el pago de hospedaje para el acompañante, procede sólo cuando éste deba permanecer en el lugar de destino por la hora de la atención médica o por razones atribuibles a la disponibilidad de transporte.

Para que el pago a un acompañante extranjero no registrado en los sistemas de la Caja pueda realizarse, deberá formalizarse por parte del interesado su situación ante la respectiva Oficina de Afiliación y Validación de Derechos, siempre que cumpla con los requisitos legales para obtener su número de asegurado (cédula de residencia vigente, ser pensionado rentista, permiso de trabajo



vigentes o carné de refugiado)

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 45°

##### DEL PAGO DEL HOSPEDAJE

El pago por hospedaje es el equivalente al porcentaje que autoriza la Junta Directiva, conforme lo establece el artículo 50 del Reglamento del Seguro de Salud; para este efecto, el interesado debe presentar el comprobante de asistencia a los servicios médicos debidamente sellado y firmado por parte del Centro Médico. Tratándose del pago al acompañante debe mediar la autorización médica.

Si la localidad donde se dio el hospedaje no está en la lista del Reglamento de Viáticos de la Contraloría General de la República, el porcentaje se aplica a las tarifas que contempla dicho reglamento para otras localidades.

#### ARTÍCULO 46°

##### DEL LUGAR DE PAGO

Todo traslado u hospedaje se pagará en el lugar de adscripción del asegurado directo. En casos especiales, a juicio de la Jefatura de la Sucursal podrán autorizarse pagos conforme la adscripción del asegurado familiar.

#### ARTÍCULO 47°

##### DE LOS CARGOS PRESUPUESTARIOS

Los cargos presupuestarios tanto por concepto de traslados como de hospedajes, se hacen a la unidad asistencial que genera el gasto. Tratándose de referencias médicas el cargo se hace al centro médico que dio la referencia; si se dieran nuevas citas los costos corresponden al centro



médico especializado que las autoriza.

En caso de emergencias el cargo corresponde al centro médico que autoriza el traslado.

## ARTÍCULO 48°

### DEL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

El derecho para cobrar los traslados y los hospedajes prescribe en el término de seis meses, contados a partir de la fecha de atención. Dicho término no correrá en perjuicio de los asegurados que se encuentren internados en los centros hospitalarios, caso en el cual el plazo rige a partir de la fecha del egreso hospitalario.

## CAPÍTULO V

### AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL

#### ARTÍCULO 49° DEL OBJETIVO

Conforme lo establece el artículo 52° del Reglamento del Seguro de Salud, el otorgamiento de la ayuda para gastos de funeral, puede hacerse efectiva a las personas o parientes que demuestren haber efectuado el entierro de un asegurado directo, cónyuge, compañero, compañera, viudo o viuda.

#### ARTÍCULO 50°

##### DEL CAMPO DE APLICACIÓN

Como asegurados directos para los efectos de este beneficio, se entienden los siguientes:

Los asalariados al servicio de un patrono debidamente afiliado a la Caja.



Los asegurados voluntarios y trabajadores independientes, afiliados en forma individual o mediante convenios colectivos.

Los jubilados de sistemas estatales no administrados por la Caja que cotizaron en forma directa para sus respectivos sistemas.

Los pensionados por invalidez o vejez del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte de la Caja.

Los pensionados del Régimen No Contributivo por Monto Básico, cuando se trate de los titulares de la pensión

Los pensionados del Régimen No Contributivo por Parálisis Cerebral Profunda.

Los jefes de familia Asegurados por Cuenta del Estado

#### ARTÍCULO 51° DE LOS FAMILIARES

La ayuda para gastos de funeral también procede en caso de fallecimiento del cónyuge, compañero o compañera del asegurado directo, así como de los pensionados(as) por viudez. Tratándose de unión libre, esta condición debe determinarse mediante la presentación del carné de Seguro Familiar con derechos vigentes, o en su defecto una constancia de la Oficina de Afiliación o Validación de Derechos, donde se determine que al momento del deceso prevalecían las condiciones que señala el Inc. B, artículo 12° del Reglamento del Seguro de Salud.

#### ARTÍCULO 52°

##### DE LOS REQUISITOS PARA EL PAGO

La persona que demuestre haber realizado los gastos del entierro (entendiéndose para estos efectos la compra del ataúd, servicio de cremación, u otros servicios funerarios), todo verificable mediante factura, debe presentar en la Sucursal o Área de Asesoría de Prestaciones en Dinero, los siguientes documentos.



Documento de identificación de quien gestiona el cobro y del fallecido

Factura original o cualquier otro documento idóneo que demuestre el gasto realizado.

Constancia de matrimonio en caso de cónyuges fallecidos

Constancia de defunción o dictamen médico.

Constancia de pensionado o de beneficiario del Seguro por el Estado, según sea el caso.

En caso de no poder presentarse la cédula de identidad del fallecido(a), a juicio de la Jefatura de la Unidad Pagadora, puede aceptarse cualquier otro documento idóneo de identificación (Pasaporte, licencia de conducir, entre otros).

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 53°

##### DEL PLAZO DE CALIFICACIÓN

El derecho al pago se consolida cuando el asegurado directo ha cotizado tres meses dentro de los seis anteriores al fallecimiento, incluyendo la cotización aportada en el propio mes del fallecimiento, si fuere necesario.

Cuando ocurre un fallecimiento estando el trabajador incapacitado, el plazo de calificación corre antes del inicio de la incapacidad. Tratándose de pensionados tanto directos como por viudez, sólo se requiere la condición como tal.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 54°



#### DE LOS ASEGURADOS POR EL ESTADO

Tratándose de fallecidos Asegurado por el Estado, debe solicitarse una constancia de la Oficina de Afiliación o Validación de Derechos de la clínica u hospital de adscripción, en la que se indique si la persona fallecida tenía vigentes los derechos, lo mismo que la fecha en que le fueron otorgados. El derecho existe si el beneficio tenía no menos de tres meses de haber sido concedido.

#### ARTÍCULO 55° DE LA CESANTÍA.

Cuando el trabajador asalariado se encuentre cesante y fallece él, su cónyuge, compañero o compañera y cumple con los plazos de calificación que establecen los artículos 52 y 60 del Reglamento del Seguro de Salud, procede el pago, siempre que haya cotizado tres meses dentro de los cuatro anteriores al fallecimiento, según lo establece el artículo 52 del Reglamento de Salud.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

#### ARTÍCULO 56°

##### DE LA FACTURACIÓN DE OFICIO

Cuando se hayan facturado planillas de oficio a un patrono, dándose el caso de que fallece alguno de sus trabajadores o beneficiarios, puede pagarse la ayuda para gastos de funeral siempre que el interesado presente una constancia patronal donde se indique la condición de trabajador activo o en su defecto se cite la fecha de cesantía.

#### ARTÍCULO 57° DE LA MOROSIDAD

No procede el pago de la ayuda cuando el trabajador independiente o el asegurado voluntario, al momento del fallecimiento, se encontraban atrasados en el pago de más de 3 cuotas mensuales.

Las cuotas pagadas con posterioridad a la fecha del fallecimiento del asegurado directo no generan ningún derecho.



Cuando el atraso en el pago se da como consecuencia de un internamiento el plazo de calificación puede contarse a partir de la fecha de ingreso al centro asistencial.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 58°

### DEL MONTO DE LA AYUDA

Por fallecimiento de un asegurado directo, la ayuda que se paga es el equivalente al monto autorizado por la Junta Directiva, definido de acuerdo con la recomendación que hace la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Por fallecimiento del cónyuge, compañero o compañera, viudo o viuda, la ayuda a otorgar equivale a las dos terceras partes del monto autorizado para el asegurado directo.

En ambos casos el pago de la ayuda se condiciona al monto facturado, si éste es menor al límite autorizado.

En ambos casos el pago de la ayuda mutual será fijado anualmente por la Junta Directiva, de acuerdo con las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril 2007)

## ARTÍCULO 59° DE LOS TOPES

Los montos a pagar de acuerdo con el artículo anterior están condicionados al gasto real que indique la factura de gastos emitida por de la funeraria.

En ningún caso es procedente pagar una suma mayor al monto facturado.



## ARTÍCULO 60°

### DE LA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

Los pagos siempre se hacen a una sola persona y libera a la Institución de reclamos posteriores de otros beneficiarios o terceros interesados. No se deben efectuar pagos a personas jurídicas, menores de edad, ni empleados o propietarios de empresas funerarias, excepto en este último caso, que se trate de los beneficiarios de la ayuda.

Cuando el pago de los gastos de funeral haya sido realizado por el patrono, sea físico o jurídico, en calidad de préstamo al trabajador, para que proceda el pago debe solicitarse una nota con firma responsable y sellada por el patrono, donde se indique tal circunstancia y autorice el reintegro a una tercera persona.

## ARTÍCULO 61 ° DE LOS PENSIONADOS

Por fallecimiento de personas con pensión en trámite, se requiere que la misma esté en curso de pago, entendiéndose para estos únicos efectos haber presentado la solicitud y que a la fecha del deceso se hubiesen consolidado derechos en un régimen contributivo.

Las constancias que se requieren para efectuar el pago, deben ser emitidas por la Oficina autorizada del régimen de pensiones correspondiente y deben indicar fecha de otorgamiento de la condición de pensionado cotizante directo, o de pensionado(a) por viudez.

## ARTÍCULO 62°

### DE LA DOBLE CONDICION

Si fallece un asegurado en su doble condición de directo y cónyuge, compañero o compañera o pensionado por viudez, procede el pago por el monto mayor que le corresponda. Si la doble condición se da como asegurado directo, se suman los montos con cada una de ellos, sin que la suma total a pagar en ningún caso sobrepase el monto vigente



## ARTÍCULO 63°

### DE LOS FALLECIDOS EN EL EXTRANJERO

Cuando una persona fallece en el extranjero, los documentos que sirven de base para el pago del beneficio, a saber: certificado defunción y facturas canceladas de la funeraria, deben ser autenticados por el Cónsul de Costa Rica en el país donde ocurrió el fallecimiento, los cuales además deben ser reconocidos por la Cancillería costarricense conforme el procedimiento establecido al efecto.

## ARTÍCULO 64°

### DE LAS PERSONAS DESAPARECIDAS

Cuando se encuentren restos de personas originalmente reportadas como desaparecidas o extraviadas, puede otorgarse la ayuda por gastos de funeral cuando las autoridades forenses determinen la identificación y fecha de la defunción; en este caso debe comprobarse que el sepelio fue realizado, mediante la presentación de la factura por gastos de entierro.

## ARTÍCULO 65° DE LOS INFORMES

Con base en la información que genera el Sistema de Comprobantes (SICO), mensualmente la Dirección deservicios institucionales elabora un informe resumen de casos pagados, para las autoridades superiores de la institución desglosado de la siguiente manera:

Por grupos protegidos

Cada grupo por hombres y mujeres

Cada grupo por asegurados directos y beneficiarios.

(Así reformado por la Gerencia de División Administrativa oficio GDA 17244-07 del 23 de abril



2007)

## CAPÍTULO VI

### AYUDA PARA PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS

#### ARTÍCULO 66° DEL DERECHO

Conforme lo señalan el artículo 27° del Reglamento del Seguro de Salud y el Instructivo de Prótesis y Aparatos Ortopédicos, son sujetos del pago de ayuda para compra de accesorios prótesis y aparatos ortopédicos, todos los asegurados directos y sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar, así como los Asegurados por el Estado y los menores protegidos por el Programa del Seguro Estudiantil.

#### ARTÍCULO 67° DE LA AUTORIZACIÓN

La receta del médico especialista, autorizada por la Dirección Médica respectiva, con indicación del contenido presupuestario, es llevada por el asegurado a la casa proveedora para la confección del aparato, la cual, una vez realizado el trabajo la entrega al centro médico que extendió la autorización, junto con una factura comercial, para que se autorice el pago de acuerdo con el monto previamente establecido. En general, el pago lo realiza el centro médico que emitió y autorizó la prescripción.

#### ARTÍCULO 68° DE LOS MONTOS

El monto autorizado por la Dirección Médica respectiva para cada caso, es el que corresponde a la lista de artículos y precios de accesorios, aparatos y prótesis que emite la Caja. Cuando el asegurado adquiera un producto de un precio mayor, la diferencia deber ser cubierta por el interesado.



## CAPÍTULO VII AYUDA PARA PRÓTESIS DENTALES Y ANTEOJOS

### ARTÍCULO 69°

#### DE LAS PRÓTESIS DENTALES

Disfrutarán de este beneficio, especificado en los artículos 3° y 4° del Instructivo que regula la Prestación de los Servicios de Odontología y el Otorgamiento del beneficio de prótesis bucales, incluido en el documento "Normas de Prestaciones Odontológicas", todos los asegurados cubiertos por el Reglamento del Seguro de Salud, los Asegurados por el Estado y los menores protegidos por el Programa del Seguro Estudiantil.

Cuando las prótesis sean contratadas con terceros, el beneficio corresponde sólo a los asegurados directos.

Así reformado en oficio N° 21906 del 16 de junio 2003 por la Gerencia de División Administrativa.

### ARTÍCULO 70° DE LOS FAMILIARES

Conforme lo establecido en el artículo 6° del Instructivo que regula las "Normas para las Prestaciones Odontológicas", previa valoración y recomendación de la Sección de Odontología, la Gerencia Medica puede autorizar la confección de prótesis contratadas a terceros para los asegurados familiares.

Así reformado en oficio N° 21906 del 16 de junio 2003 por la Gerencia de División Administrativa.

### ARTÍCULO 71 ° DE LOS ANTEOJOS

Conforme lo establecido en el artículo 48° del Reglamento del Seguro de Salud, a Caja otorga anteojos a precio de costo por medio del Servicio de óptica de la Caja a los asegurados directos y sus beneficiarios protegidos por el seguro familiar y los menores protegidos por el programa del



seguro estudiantil. Tratándose pensionados del Régimen No Contributivo y Asegurados por Cuenta del Estado el beneficio se les otorga sin costo alguno.

Si se dan situaciones de fuerza mayor o exceso de demanda la Caja puede autorizar la compra en ópticas privadas, otorgando como ayuda el costo institucional.

## CAPÍTULO VIII AYUDA PARA LIBRE ELECCIÓN MÉDICA

### ARTÍCULO 72° DEL DERECHO

Conforme lo señalado en los artículos 20° inciso e), artículo 27° del Reglamento del Seguro de Salud y el Instructivo de la Libre Elección Médica, la Institución puede otorgar en los casos que así lo juzgue conveniente, una ayuda económica a los asegurados directos y sus beneficiarios protegidos por el Seguro Familiar, que contraten bajo su propia responsabilidad, los servicios médicos que se indican en el artículo siguiente

### ARTÍCULO 73° DE LOS BENEFICIOS

El beneficio de la libre elección médica, se produce cuando un asegurado a título personal y bajo su propio riesgo, contrata los siguientes servicios privados autorizados por la Caja:

Consulta externa especializada: oftalmología, oncología, hematología, urología, otorrinolaringología.

Cirugía Pediátrica ambulatoria

Parto normal

Procedimientos oftalmológicos

### ARTÍCULO 74° DE LOS MONTOS



La ayuda que la Institución otorga conforme el servicio contratado es la siguiente:

Por consulta externa Especializada, 50 % del valor de la consulta conforme modelo tarifario.

Por cirugía pediátrica y partos normales el equivalente al costo promedio nacional de acuerdo con modelo tarifario.

Por procedimientos oftalmológicos, los montos autorizados por la Gerencia Médica según listado que periódicamente emite.

## ARTÍCULO 75°

### DEL PAGO DEL BENEFICIO

Una vez realizada la consulta o el procedimiento médico, para el pago correspondiente el interesado debe presentar a la Sección de Prestaciones en dinero o la Sucursal respectiva, lo siguiente:

La factura comercial de gastos cancelada del centro médico contratado o del especialista cuando así se trate, donde señala el procedimiento o la especialidad, además del nombre de la persona atendida.

La referencia del centro médico debidamente autorizada y con contenido presupuestario.

Los documentos que lo acreditan como asegurado.

## CAPÍTULO IX

### PAGO INCAPACIDADES Y LICENCIAS FASE TERMINAL A EMPLEADOS (AS) DE LA CAJA

#### ARTÍCULO 76° DEL DERECHO

Si el trabajador o trabajadora incapacitados por enfermedad no reúne los requisitos necesarios para que se le complemente el subsidio que le otorga el Seguro de Salud al 100% del salario, de



acuerdo con lo que establecen el artículo 8° del Reglamento de Beneficios Especiales para Empleados de la Caja y el Instructivo para el Registro, Control y Pago de Incapacidades, se le cancela la incapacidad conforme los plazos de calificación que señala el Reglamento del Seguro de Salud, ya sea por concepto de subsidios o ayudas económicas, por medio del Área Asesoría de Prestaciones en Dinero o Sucursal, conforme la adscripción del trabajador.

## ARTÍCULO 77°

### DE LAS SITUACIONES DE PAGO

El pago de subsidios o ayuda económica a un empleado de la Caja por ventanilla, procede únicamente cuando se presenta alguna de las siguientes situaciones:

Cuando se trate de prórroga hasta por 182 días adicionales por haber agotado el plazo máximo de 365 días a salario completo. No se rebajan los tres primeros días, por tratarse de una continuación del pago de los subsidios.

Cuando se trata de ayuda económica por enfermedad. Se rebajan los tres primeros días.

Cuando se trata de ayudas económicas por maternidad. No se rebajan los primeros tres días

Cuando se trate de trabajadores "no permanentes". Se rebajan los tres primeros días

Cuando se trate de licencia para la atención de Pacientes en Fase Terminal. No se rebajan los 3 primeros días.

## ARTÍCULO 78°

### DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO

El trabajador(a) incapacitado(a) o con disfrute de licencia, debe asegurarse de que la unidad pagadora cuente con la constancia para incapacidades y licencias, emitida por el centro asistencial correspondiente. Para realizar el cobro, del subsidio o la ayuda económica, debe presentar los



siguientes documentos:

Carné, orden patronal y cédula de identidad.

Constancia para cobrar el subsidio debidamente firmada y sellada.

Constancia de la Oficina de Recursos Humanos del lugar de trabajo que indique:

Tipo de beneficio a cobrar (subsidio o ayuda económica) Fecha en que agota los 365 días, cuando proceda Fecha de exclusión de planillas

Existencia de pagos de salario improcedentes y si hay arreglo de pago. Salarios sin rebajos, devengados en los últimos tres meses de incapacidad Período de nombramiento, cuando se trate de trabajadores no permanentes Datos del paciente, si el caso corresponde a licencia fase terminal

ESTE INSTRUCTIVO FUE APROBADO POR LA GERENCIA DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA Y CONTIENE LAS MODIFICANES APROBADAS MEDIANTE NOTA GDA-165-07 DEL 23 DE ABRIL DEL 2007.

**ADVERTENCIA:** El Centro de Información Jurídica en Línea (CIJUL en Línea) está inscrito en la Universidad de Costa Rica como un proyecto de acción social, cuya actividad es de extensión docente y en esta línea de trabajo responde a las consultas que hacen sus usuarios elaborando informes de investigación que son recopilaciones de información jurisprudencial, normativa y doctrinal, cuyas citas bibliográficas se encuentran al final de cada documento. Los textos transcritos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan el pensamiento del Centro. CIJUL en Línea, dentro del marco normativo de los usos según el artículo 9 inciso 2 del Convenio de Berna, realiza citas de obras jurídicas de acuerdo con el artículo 70 de la Ley N° 6683 (Ley de Derechos de Autor y Conexos); reproduce libremente las constituciones, leyes, decretos y demás actos públicos de conformidad con el artículo 75 de la Ley N° 6683. Para tener acceso a los servicios que brinda el CIJUL en Línea, el usuario(a) declara expresamente que conoce y acepta las restricciones existentes sobre el uso de las obras ofrecidas por el CIJUL en Línea, para lo cual se compromete a citar el nombre del autor, el título de la obra y la fuente original y la digital completa, en caso de utilizar el material indicado.

## FUENTES CITADAS

- 1 CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL. Base de datos oficial. [en línea] Visitada el 07/04/2010, Disponible en: [http://www.ccss.sa.cr/html/linea/tramites\\_frecuentes/tr31.html](http://www.ccss.sa.cr/html/linea/tramites_frecuentes/tr31.html)
- 2 CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL. Base de datos oficial. [en línea] Visitada el 07/04/2010, Disponible en: [http://www.ccss.sa.cr/html/linea/tramites\\_frecuentes/tr31.html](http://www.ccss.sa.cr/html/linea/tramites_frecuentes/tr31.html)