

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

CAPÍTULO I PRINCIPIOS GENERALES Y CAMPO DE APLICACION

Artículo 1°

De la universalidad del Seguro de Salud.

De conformidad con lo que ordena el artículo 177 de la Constitución Política, el Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones de este Reglamento y las que específicamente dictare en el futuro la Junta Directiva. La afiliación de quienes califiquen para ser asegurados voluntarios, se fomenta para lograr la concreción del principio de universalidad.

Artículo 2°

Del principio de igualdad.

Todo asegurado es igual ante la Ley y ante este Reglamento. No podrá hacerse discriminación alguna por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas, y de ninguna otra naturaleza que ofenda la dignidad humana. Sólo se harán las diferencias que procedieren en relación con el tipo de padecimiento o enfermedad.

Artículo 3°

De la subsidiariedad estatal.

Según lo dispuesto en el artículo 177 de la Constitución Política, en relación con el artículo 73 ibidem, el Estado es responsable subsidiario en la atención integral de la salud.

Artículo 4°

De la integralidad y suficiencia.

El Seguro de Salud tiende a la integralidad y suficiencia, entendiendo por ello el propósito de que las prestaciones respondan a las necesidades efectivas de la población, y que, además, sean suficientes para superar el estado que las origina.

Artículo 5°

De la eficiencia.

La eficiencia se considerará como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz.

Artículo 6°

De la participación social.

Como seguro universal, el Seguro de Salud procura, para su mejor desarrollo, la acción solidaria de la comunidad con su gestión y con la distribución de su patrimonio social.

Artículo 7°

De la Obligatoriedad.

La afiliación al Seguro de Salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y para los pensionados de los regímenes nacionales de pensión, en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que dispone el artículo N° 4 de la Ley Constitutiva de la Caja.

(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

Artículo 8°

Territorialidad del Seguro de Salud.

Las prestaciones para los asegurados directos y familiares proceden dentro del territorio nacional, independientemente que los asegurados directos laboren en forma temporal, periódica o permanente en el exterior y que los patronos tengan el domicilio fuera de Costa Rica.

Artículo 9°

Del aseguramiento voluntario.

Las personas no sujetas a la afiliación obligatoria, tienen el derecho de acogerse al régimen de Seguro Voluntario establecido en el Reglamento especial dictado al efecto. Si estas personas hicieren uso de la facultad de acogerse a este Seguro, se entiende que su aseguramiento adquiere el carácter de irrenunciable, convirtiéndose en obligatorio.

CAPITULO II DEFINICIONES TERMINOLOGICAS

Artículo 10°

Para los efectos de este Reglamento se entiende por

ACCIDENTE DE TRABAJO: Accidente que le sucede al trabajador por causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que puede producirle la muerte o pérdida o reducción, temporal o permanente, de la capacidad para el trabajo. Incluye el accidente "in itinere" y las demás hipótesis previstas en el artículo 196 del Código de Trabajo.

ACCIDENTE DE TRANSITO: Acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías terrestres de la nación, que estén al servicio y al uso del público en general, así como en las gasolineras, en todo lugar destinado al estacionamiento público o comercial regulado por el Estado, en las vías privadas y en las playas del país.

ASEGURADO: Persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud.

ASEGURADO ACTIVO: Persona, hombre o mujer que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

ASEGURADO DIRECTO: Son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individualmente se acojan al Seguro Voluntario (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

ASEGURADO DIRECTO ACTIVO ASALARIADO: Asegurado que se encuentra actualmente cotizando en su condición de asalariado.

NO ASEGURADO: Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud.

ASEGURADO FAMILIAR: Persona, hombre o mujer, que adquiere la condición de asegurado debido a que cumple, con respecto al asegurado directo, ciertos requisitos sobre parentesco, dependencia económica, edad y otros que establece este reglamento.

ASEGURADO POR CUENTA DEL ESTADO: Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

ASEGURADO VOLUNTARIO: Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

ASISTENCIA SOCIAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR: Ayuda profesional en el campo social que se da al asegurado para resolver especiales necesidades, relacionadas con la atención integral en salud.

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud, y las prestaciones sociales afines con su desarrollo y mantenimiento.

AYUDA ECONÓMICA: Monto que se paga por concepto de incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, cuando el trabajador (a) no ha cotizado por los plazos de calificación establecidos para el pago de subsidios (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

CENTRO ASISTENCIAL: Área física ocupada por la Caja, donde se prestan servicios de atención integral en salud.

CENTRO MEDICO DE ATENCIÓN: Unidad donde el asegurado recibe atención médica, independientemente del lugar de adscripción asignado.

CESANTIA: Estado de cesante. Trabajador asalariado que ha dejado de laborar y por tanto ya no cotiza para el Seguro de Salud.

COMPAÑERO: Persona, hombre o mujer, que convive en unión libre, en forma estable y bajo un mismo techo con otra de distinto sexo.

COMPROBANTE DE DERECHOS: Documento que acredita la condición de asegurado directo, asalariado, trabajador independiente o asegurado voluntario, que permite a éstos y sus familiares tener acceso a los servicios que brinda el Seguro de Salud (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

DISCAPACIDAD SEVERA: Limitación física o mental que imposibilita desarrollar al menos las dos terceras partes de la capacidad productiva normal. Esta limitación puede ser de nacimiento o bien producto de enfermedad, accidente o lesión" (*Así adicionado en el artículo 24° de la sesión número 7343 de 17 de junio del año 1999. Publicado en "La Gaceta" número 178 de 13 de setiembre de 1999*).

EMPADRONAMIENTO: Acción y efecto de inscribir, ante el Seguro de Salud, a los patronos que tienen trabajadores asalariados bajo sus órdenes.

ENFERMEDAD COMUN: Estado patológico no originado en un riesgo de trabajo o accidente de tránsito.

EXPEDIENTE CLINICO: Constancia escrita de todas las comprobaciones realizadas en el examen médico y de las efectuadas en el curso de la evolución y de los tratamientos instituidos aun por terceros.

ENFERMEDAD DE TRABAJO: Estado patológico que resulta de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora.

INCAPACIDAD: Período de reposo ordenado por los médicos u odontólogos de la Caja o médicos autorizados por ésta, al asegurado directo activo que no esté en posibilidad de trabajar por pérdida temporal de las facultades o aptitudes para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con ésta.

El documento respectivo justifica la inasistencia del asegurado a su trabajo, a la vez lo habilita para el cobro de subsidios; su contenido se presume verdadero "iuris tantum" (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

INVALIDO: Persona, hombre o mujer, que por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera dos terceras partes o más de su capacidad de desempeño de su profesión, de su actividad habitual o en otra compatible con su capacidad residual.

LIBRE ELECCION MÉDICA: Modalidad mediante la cual la Caja brinda ayuda económica a los asegurados, según regulaciones específicas, por la atención médica recibida en los servicios privados.

LICENCIA POR MATERNIDAD: Período obligado de reposo establecido por ley, para las trabajadoras aseguradas activas embarazadas, con motivo del parto. Se divide en licencia pre parto y licencia pos parto dependiendo de si se refiere al período anterior o posterior al alumbramiento.

Se incluye en este concepto el período que fuere otorgado con motivo de aborto después de las 16 (dieciséis) semanas de gestación (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

LUGAR DE ADSCRIPCION: Centro médico de atención, ubicado en el lugar donde el asegurado normalmente reside o trabaja, y en el cual debe realizar sus gestiones sanitarias y administrativas. Incluye los lugares en que existan los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD: Es el proceso de aceptación de la salud como situación colectiva, para mantenerla, preservarla y mejorarla. Implica responsabilidades por parte de todos los miembros de la sociedad.

PATRONO: Persona física o jurídica, particular o de derecho público, que emplea los servicios de otra u otras en virtud de un contrato de trabajo o de un estatuto de servicio o de empleo público.

PLANILLA PROCESADA: Documento mensual que incluye los salarios de los trabajadores reportados por los patronos en planillas, debidamente registrado en la base de datos institucional.

PRESTACIONES SOCIALES: Es la atención que otorga a los asegurados beneficios de orden social, para mantenimiento integral de la salud.

PROTESIS: Pieza artificial que se utiliza en sustitución de una parte del cuerpo, para llenar su función o para disimular una deformidad con una finalidad estética.

RIESGO DE TRABAJO: Accidentes y enfermedades que ocurren a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñan en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes y enfermedades.

SUBSIDIO: Suma de dinero que se paga al asegurado directo activo por motivo de incapacidad o de licencia (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Trabajador manual o intelectual que desarrolla por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

CAPITULO III COBERTURA Y PRESTACIONES

Artículo 11°

De la cobertura según modalidad de aseguramiento.

Son asegurados según su respectiva modalidad de cotización y aseguramiento las siguientes personas:

1. Los trabajadores asalariados.
2. Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
3. Las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado.
4. Las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
- 5.- Los trabajadores independientes, que coticen al Seguro en forma individual o colectiva.
- 6.- Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
- 7.- Población en condición de pobreza (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 12°

De la protección del beneficio familiar.

Son asegurados familiares: el o la cónyuge, la compañera o el compañero, hijos, hermanos, padre, madre y otros menores, que dependen económicamente del asegurado directo, según las siguientes condiciones:

a. Cónyuge sin actividad lucrativa, cuya dependencia económica se deba a una invalidez para el trabajo, o a la circunstancia de encontrarse realizando estudios en el nivel superior, mientras mantenga esa situación, o al desempleo involuntario, o a la ausencia de otros medios económicos propios que le permitan su subsistencia. En todo caso se presume “iuris tantum” (presunción relativa) la dependencia económica cuando él o la cónyuge solicite el beneficio, con fundamento en la declaración hecha por el asegurado directo, en formulario que le suministre para tal efecto la Caja, sin perjuicio del correspondiente estudio económico, que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento, a efecto de justificar en definitiva la procedencia del beneficio.

b. Compañera o compañero: en los casos de unión libre o de hecho, el compañero (a) tiene derecho al seguro familiar, siempre y cuando la convivencia marital se haya mantenido en forma estable y bajo el mismo techo, por un año o más.

c. Hijos (as) inválidos con discapacidad severa, sin límite de edad, hijos(as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta los 22 si cursan estudios de enseñanza media o técnica, parauniversitaria, o hasta los 25 si cursan estudios universitarios o en colegios universitarios, todo a juicio y comprobación por parte de la Caja.

También quedan incluidos aquellos hijos (as) que, aunque mayores de edad, están en imposibilidad material para trabajar, en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres, siempre y cuando éstos sean mayores de 65 años o presenten discapacidad severa.

d. Madre o la persona que le hubiere prodigado los cuidados propios de la madre, siempre y cuando se compruebe esa circunstancia a juicio de la Caja.

e. Padre natural o de crianza cuando a juicio de la Caja exista dependencia económica completa del asegurado directo.

f. Hermanos (as) menores de 18 años de edad, o mayores hasta 22 ó 25 años, siempre que se encuentren en la situación prevista respecto de los hijos(as), que estén debidamente inscritos, sean solteros y cumplan normalmente los estudios. El beneficio familiar también puede ser otorgado a los hermanos (as) mayores de edad con discapacidad severa, así como a aquél que se encuentre en imposibilidad material para trabajar en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres mayores de 65 años ó con discapacidad severa.

g. Otros menores de 18 años de edad, de 22 y hasta los 25 si cursan estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, según corresponda, no necesariamente ligados por un vínculo de familia con el asegurado directo, que convivan con él. Esta circunstancia deberá hacerse constar mediante declaración jurada hecha por el asegurado directo en formulario que se le suministrará para tal efecto y en el estudio socioeconómico que la Caja queda facultada para realizar en cualquier momento.

h. Toda persona menor de edad o en período de gestación no protegida por el seguro familiar, que no se encuentre sujeta a la obligatoriedad de cotizar, tiene derecho a las prestaciones sanitarias a que se refiere el artículo 15 inciso a. de este Reglamento, con cargo al Estado, de acuerdo con lo que dispone el Código de la Niñez y la Adolescencia. Cuando el requisito para otorgar el beneficio sea la discapacidad severa, la determinación de tal estado se hará por medio de la Dirección de la Calificación de la Invalidez.

La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica. De llegarse a determinar que no existe dependencia económica, se procederá a suspender el beneficio y a formalizar la condición de asegurado por cualquiera de las otras modalidades existentes sin perjuicio de la facultad que se reserva la institución de cobrar el costo de las prestaciones otorgadas indebidamente (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 13°

Del beneficio en caso de separación conyugal o de ruptura de la unión de hecho.

En los casos de separación judicial o de hecho, cuando el cónyuge separado no tenga otra fuente de ingresos que la pensión alimenticia que le suministre el responsable, el esposo o esposa tiene el derecho a ser considerado como asegurado familiar. Igual derecho, en las mismas circunstancias, le corresponde al compañero o compañera.

Artículo 14°

De la amplitud de los beneficios.

La protección para los familiares del asegurado directo, comprende las prestaciones indicadas en el artículo 15°, con las restricciones que se indican expresamente en este Reglamento.

Artículo 15°

De las Prestaciones.

El Seguro de Salud cubre, de acuerdo con las regulaciones que adelante se indican, las siguientes prestaciones:

- a) Atención Integral a la Salud.
- b) Prestaciones en Dinero.
- c) Prestaciones Sociales.

El contenido de dichas prestaciones, será determinado según las posibilidades financieras de este Seguro.

Artículo 16°

De los riesgos excluidos.

Quedan excluidos del Seguro de Salud:

1. Los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros, según los casos.
2. Los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito N°7331 del 13 de abril de 1993, en el tanto su protección corresponda al Instituto Nacional de Seguros o a la persona que resulte responsable del accidente.

Artículo 17°

De la atención integral a la salud.

La atención integral a la salud comprende:

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
- f) Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
- g) Asistencia social, individual y familiar.

Artículo 18°

Del lugar y forma de la prestación.

La atención integral en salud, según los casos, la recibirán los asegurados en sus hogares y establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria que la Caja designe. La forma y condiciones del otorgamiento de prestaciones específicas será regulada por la Institución, mediante las disposiciones que se dicten al efecto.

Artículo 19°

De la exclusión de responsabilidad.

La Caja no se responsabiliza por los servicios de salud que no sean otorgados por sus funcionarios autorizados, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento.

Cuando por circunstancias muy especiales, a juicio de la Caja, y dada la gravedad de la enfermedad, se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Institución sin grave perjuicio para su salud por la demora, puede reconocer el costo de los servicios por la primera atención, con base en los costos institucionales.

Artículo 20°

De la libre elección médica.

La Caja puede brindar la ayuda para libre elección médica, cuando se demuestre inopia de personal o dificultades para conceder la atención en sus propias instalaciones, con sujeción al instructivo correspondiente.

Artículo 21°

Del suministro de medicamentos.

El servicio de farmacia comprende el suministro de las medicinas incluidas en la Lista Básica de Medicamentos, prescritos por los médicos de la Caja, u otros sistemas o proyectos especiales formalmente autorizados por ella.

Artículo 22°

De los servicios de odontología.

La atención en salud oral comprende las siguientes prestaciones:

- a) Promoción de salud dental
- b) Atención clínica preventiva y curativa
- c) Atención clínica especializada y de rehabilitación

Artículo 23°

De las restricciones del servicio odontológico.

Las prestaciones a que se refiere al artículo anterior, se suministrarán en todo el país, de acuerdo con las posibilidades de la infraestructura de servicios y las regulaciones que la Institución dicte.

Artículo 24°

Del suministro de prótesis dentales.

Las prótesis dentales se otorgarán en los centros asistenciales de la Caja que presten este servicio, de acuerdo con las regulaciones específicas que dicte la Gerencia de División Médica.

Artículo 25°

De los servicios de asistencia social.

La atención en la asistencia social comprende:

- a) Tratamiento social individual y familiar.
- b) Planeación social u organización comunal.

Artículo 26°

De la atención médica durante los períodos de incapacidad.

Los asegurados tienen derecho a la atención integral a la salud, durante todo el período de incapacidad. Una vez finalizado ese plazo, se estará a lo que dispone el artículo 58° de este Reglamento.

Artículo 27°

De las prestaciones en Dinero.

Las prestaciones en dinero comprenden:

- a) Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
- b) Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
- c) Ayuda económica para traslados y hospedajes
- d) Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero.
- e) Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

Artículo 28°

Del propósito de los subsidios por incapacidad o licencia.

El subsidio por incapacidad o por licencia de maternidad, tiene el propósito de sustituir parcialmente la pérdida de ingreso que sufra el asegurado directo activo por causa de incapacidad por enfermedad o de licencia por maternidad.

Artículo 29°

Del derecho a subsidios por incapacidad.

Tiene el derecho a subsidios el asegurado activo, asalariado o independiente, portador de una enfermedad común, que produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja o por médicos de otros sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva.

En casos especiales, previa valoración correspondiente, la Caja podrá admitir, modificar o denegar las recomendaciones de incapacidad extendida por médico particular a un

asegurado activo, de acuerdo con lo regulado en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 30°

De la finalización del derecho a subsidios.

El derecho al pago de subsidios, finaliza:

- a) Por muerte del trabajador asegurado activo, asalariado o independiente.
- b) Por la terminación del período de incapacidad o de licencia.
- c) Por cumplimiento del plazo máximo de pago señalado en este Reglamento (artículo 34°).
- d) Por prescripción, una vez transcurridos 6 meses contados a partir de la finalización del período de incapacidad.
- e) Por abandono injustificado del tratamiento, de las prescripciones y recomendaciones dadas al asegurado (artículo 37°)
- f) Por incurrir en las prohibiciones o negativas a que se refieren los artículos 37° y 44° de este Reglamento.
- g) Por cesantía. En este caso el derecho concluye con el pago de la incapacidad o licencia que se hubiere otorgado antes de la cesantía. (*Así reformado en el artículo 11° de la sesión número 7672, celebrada el 24 de julio del año 2002*).

Artículo 31°

De la incompatibilidad del subsidio con otras prestaciones.

El derecho al pago de subsidios aquí previsto es incompatible con otras prestaciones económicas contempladas en leyes especiales, con motivo de la misma enfermedad común. En el momento en que se dé la doble cobertura, el monto de subsidio se reducirá, de modo que el beneficio total que perciba el trabajador no sobrepase el 100% de su salario o ingreso de referencia (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 32°

De las incapacidades a cargo del Instituto Nacional de Seguros (INS).

No procede el pago de subsidios por enfermedad cuando se esté frente a los riesgos del trabajo o accidente de tránsito. En este último caso se actuará dentro de los límites de la póliza del Seguro Obligatorio de Vehículos, según convenio entre la Caja y el Instituto Nacional de Seguros.

Con motivo del agotamiento de la póliza, situación que el INS deberá informar formalmente con al menos una semana de antelación y en el evento que la Caja otorgue incapacidades, éstas podrán pagarse según los plazos máximos establecidos en este Reglamento, sumando para este efecto los días pagados por el INS (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*)

.

Artículo 33°

De la complementariedad de las incapacidades Caja-INS.

Cuando una incapacidad otorgada por la Caja inicie o exceda a una del INS, y no haya transcurrido un año desde que el asegurado dejó de cotizar por el riesgo laboral, se reconocerán los subsidios, en el entendido que el pago se inicia una vez terminada la

incapacidad del INS, siempre que se cumplan los plazos de calificación indicados en el artículo 34°.

Artículo 34°

De los plazos de calificación para el pago de subsidios.

Tendrá derecho al pago de subsidios por incapacidad el trabajador activo que haya cotizado el mes anterior y además haya aportado 6 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad. Los subsidios por incapacidad se pagarán hasta por un máximo de 52 semanas. No obstante, si el asegurado ha cotizado con 9 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de la incapacidad, se podrá prorrogar el pago de subsidios hasta por 26 semanas adicionales en los términos que establece el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 35°

Del inicio del pago de subsidios.

El pago del subsidio en dinero procede a partir del cuarto día de incapacidad. Si una incapacidad fuere extendida dentro de los treinta días posteriores a la precedente, el subsidio correspondiente a la nueva incapacidad se pagará desde el primer día. El cargo presupuestario por los pagos efectuados, corresponde al centro asistencial que extendió la incapacidad.

Artículo 36°

De la cuantía del subsidio por enfermedad.

El subsidio por incapacidad es de hasta cuatro veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la Caja, en los tres meses inmediatamente anteriores a la incapacidad.

El promedio indicado excluye cualquier otro ingreso que no corresponda al período de referencia señalado para el cálculo.

Tratándose de trabajadores asalariados, se tomará el salario o el monto que sirvió de base a la cotización, correspondiente al patrono (s) con el que labora el asegurado.

En caso de los trabajadores independientes, el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con la siguiente tabla:

MESES COTIZADOS	PORCENTAJE DE SUBSIDIO
03 a menos de 06 meses (ayuda económica)	50%
06 a menos de 09 meses	75%
09 meses o más	100%

Todo subsidio se paga por períodos vencidos, de acuerdo con el procedimiento que la Institución determine (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 37°

De la pérdida del derecho al pago de subsidios.

El asegurado que incurra en fraude, adultere documentos o haya inducido a engaño al médico tratante, pierde el derecho al subsidio. Igual sanción rige respecto del asegurado que se ocupe de labores remuneradas durante el período de incapacidad, o se niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan. En estas dos últimas hipótesis, el pago, sin derecho al reintegro de los subsidios suspendidos, se reanudará en cuanto el asegurado haya modificado su conducta.

Artículo 38°

Cuando un trabajador no tiene derecho al subsidio, pero ha cotizado una o dos cuotas y se incapacita por enfermedad, recibirá una ayuda económica hasta por un plazo máximo de 12 (doce) semanas.

Si la cotización fuere de tres cuotas mensuales consecutivas inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad, pero además ha cotizado menos de 6 (seis) cuotas en los últimos 12 (doce) meses, la ayuda económica se extenderá hasta por 26 (veintiséis) semanas.

El porcentaje y otras regulaciones de este Reglamento relacionados con el pago de subsidios le serán aplicables a este beneficio.

Para el cálculo de la ayuda económica, se tomará como referencia el promedio de los salarios devengados con el patrono actual.

A los trabajadores independientes se les aplicarán los mismos principios del trabajador asalariado. El monto de la ayuda, cuando se tengan dos o menos cuotas corresponderá a la mitad de la ayuda económica establecida para cuando se tiene de tres a menos de seis cuotas, según el artículo 36° de este Reglamento (*Así reformado en el artículo 2° de la sesión número 7568, celebrada el 31 de julio del año 2001*).

Artículo 39°

De la obligación de investigar salarios en caso de duda.

Si se dan indicios que permitan presumir la inexactitud del monto de salario o ingreso reportado o algún intento de defraudación a la seguridad social, el funcionario encargado de autorizar el pago, deberá investigar en forma previa la realidad del monto que deba tomarse en cuenta para el cálculo del subsidio.

El incumplimiento injustificado de esta obligación, constituye falta grave para los efectos disciplinarios laborales. (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 40°

De las licencias por maternidad.

Con motivo de la maternidad, a toda asegurada activa se le extenderá una licencia por cuatro meses que incluye el pre y post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales que se aplican a los diferentes grupos.

Las complicaciones del embarazo serán consideradas dentro de los riesgos de enfermedad; no obstante, cuando se trate de aborto no intencional o parto prematuro no viable y la gestación haya alcanzado las 16 semanas, el período de licencia que corresponda será otorgado de conformidad con lo que establece el artículo 18° del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Si la licencia se otorga posterior al parto, ésta se extenderá por un período de tres meses a partir de la fecha del alumbramiento.

El subsidio que corresponda se pagará conforme el lugar de adscripción de la asegurada, pero en todos los casos el cargo presupuestario corresponderá al centro asistencial que emite el documento.

(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

Artículo 41°

De la modificación del plazo de licencia.

Si el ser procreado naciere sin vida, o falleciere dentro del primer mes posterior a su nacimiento, se modificará el plazo de la licencia original y se otorgará una nueva por un mes y medio a partir de la fecha del parto.

Artículo 42°

Para tener derecho a los subsidios en dinero por licencia de maternidad, es necesario que la asegurada activa haya aportado por lo menos tres cuotas consecutivas inmediatamente anteriores a la licencia o parto, o seis en los doce meses anteriores al inicio de la licencia o parto. En caso de incapacidad previa, este requisito debe entenderse en relación con el período anterior al inicio de dicha incapacidad.

En el caso de los trabajadores independientes el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con la siguiente tabla:

MESES COTIZADOS	PORCENTAJE DEL SUBSIDIO
03 a menos de 06 meses	50%
06 a menos de 09 meses	75%
09 meses o más	100%

Si la asegurada no cumple los plazos de calificación indicados se estará a lo que dispone el artículo 38° de este Reglamento *(Así reformado en el artículo 2° de la sesión número 7568, celebrada el 31 de julio del año 2001).*

Artículo 43°

De la cuantía del subsidio por licencia.

El subsidio por licencia es igual a tres y un tercio (3 1/3) veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingreso mensual procesados por la Caja, correspondientes a los tres meses anteriores a la licencia o al parto.

Para efectos del cálculo de los subsidios a las trabajadoras independientes, aplican los porcentajes indicados en la tabla que incluye el artículo 36° de este Reglamento.

El subsidio será pagado por mes adelantado y con ajuste al procedimiento que la Institución determine.

El derecho queda condicionado a que la asegurada no se dedique a ninguna labor o actividad generadora de ingresos durante la licencia.

Lo establecido en el artículo 37°, también, es aplicable a este tipo de subsidio (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 44°

De las obligaciones de las aseguradas con licencia por maternidad.

Mientras la asegurada disfruta de su licencia por maternidad y percibe los subsidios correspondientes, está en la obligación de cumplir las prescripciones médicas que se le impartan, incluyendo la asistencia a consultas o actividades educativas, con la periodicidad indicada por el médico tratante o cuando fuere requerida para ello.

Artículo 45°

Del aborto doloso y sus consecuencias.

Las consecuencias del aborto intencional o doloso, se consideran como enfermedad, pero no dan derecho, en ningún caso, al pago de subsidios.

Artículo 46°

De la simultaneidad de pagos.

No procede el pago simultáneo de subsidios por licencia y subsidios por incapacidad. En caso de que se extendiere licencia e incapacidad en el mismo período, para el pago de subsidios, prevalece la licencia. Si una incapacidad se inicia dentro del período de la licencia por maternidad excediendo a esta última en su duración, no se rebajarán los tres primeros días.

Artículo 47°

Del suministro de prótesis dentales.

El servicio de prótesis dentales se considera como una prestación en dinero. Si el asegurado o la asegurada directa decide contratar la confección de la prótesis en clínicas particulares, la Caja le podrá reconocer una suma equivalente al costo institucional.

Artículo 48°

Del otorgamiento de anteojos.

La Caja concederá, mediante un sistema de copago, anteojos a todos aquellos asegurados que así lo requieran. El monto por pagar por parte del asegurado, lo establecerá anualmente la Junta Directiva, para lo cual la Gerencia de la División Financiera le someterá a consideración el modelo tarifario elaborado de acuerdo con los cálculos actuariales, que al efecto brinde la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

En el caso del asegurado por cuenta del Estado y beneficiarios del Régimen No Contributivo de Pensiones, podrán otorgarse anteojos sin cargo directo al asegurado.

Si se presentaren situaciones de fuerza mayor o exceso de demanda, la Caja podrá reconocer una ayuda económica para la compra de anteojos en las ópticas privadas, sin que exceda sus propios costos (*Así reformado en el artículo 3° de la sesión N° 7319, celebrada el 8 de abril de 1999*).

Artículo 49°

Del pago de traslados.

Este Seguro de Salud financia el pago de una ayuda para traslados al asegurado directo y sus beneficiarios, de acuerdo con las tarifas ordinarias autorizadas oficialmente, para lo cual, además, deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- a. Que hayan sido referidos por un centro asistencial a otro para recibir servicios que no pueden ser otorgados al asegurado en el primero.
- b. Que se trate de una emergencia que, por circunstancias especiales, debidamente verificadas por el personal de salud de la Caja, deba ser atendida en otro centro asistencial ajeno al de su adscripción.
- c. Que la distancia entre el centro de adscripción y el lugar donde se reciben los servicios sea cercana o superior a los 50 kilómetros. Mediante Instructivo, las Gerencias de las Divisiones Administrativa y Financiera deberán emitir las regulaciones necesarias sobre el particular.

Corresponde a la unidad que genera el gasto, establecer los procedimientos y controles necesarios a fin de que el reporte que justifica el pago de este beneficio, se realice oportuna y correctamente (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 50°

De la ayuda para hospedaje.

El pago de este beneficio únicamente procede para el asegurado directo que deba pernoctar en el lugar de atención. Además, deben darse las siguientes condiciones:

- a. Que entre el centro del segundo o tercer nivel que brinda la atención y el lugar de adscripción del asegurado, haya una distancia cercana o superior a los 100 kilómetros; el procedimiento para la aplicación de esta normativa deberá ser definido mediante instructivo que emitirán las Gerencias División Administrativa y Financiera.
- b. Que la cita médica o fecha de atención haya sido programada en la mañana, antes de las 9 horas.
- c. Que por motivo del horario de los servicios de transporte, no exista posibilidad de que el asegurado pueda desplazarse oportunamente para asistir puntualmente a la hora de la cita programada, circunstancia que deberá quedar indicada en el documento de pago correspondiente.

La ayuda para hospedaje será equivalente al 30 % de lo que establece el Reglamento de Viaje y Transporte de la Contraloría General de la República para funcionarios públicos (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 51°

Del beneficio de traslado y hospedaje para el acompañante.

Exclusivamente cuando por razón de orden médico el paciente requiera ser acompañado por otra persona, los beneficios de traslado y ayuda para hospedaje, que correspondan al asegurado serán extensivos al acompañante, independientemente de que sea o no asegurado.

En el expediente de salud deberá quedar constancia escrita de la indicación médica que justifica el pago del traslado para el acompañante (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 52°

De la ayuda para gastos de funeral y entierro.

De conformidad con lo estipulado en el inciso d) del artículo 27° de este Reglamento, la Caja concederá una ayuda para gastos de funeral a los parientes o personas que demuestren haber efectuado tales gastos, cuando se trate del fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge, compañero o compañera.

El derecho al monto de la ayuda se otorgará por el fallecimiento del pensionado directo con la condición de tal y del asegurado directo cuando haya cotizado 3 (tres) meses dentro de los 6 anteriores al fallecimiento. Si se tratare de asegurados por el Estado, se requiere tal condición al momento del deceso y que la haya adquirido como mínimo tres meses antes del fallecimiento.

En el caso de la muerte del (a) cónyuge o compañera (o), viudo o viuda, la ayuda será el equivalente a 2/3 del monto fijado para el fallecimiento del asegurado directo.

No procede el pago simultáneo del beneficio, con la muerte de un asegurado en su doble condición de asegurado directo y de cónyuge o compañero o compañera. Cuando se dé esta doble posibilidad, se otorgará el monto mayor que corresponda.

El monto 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 en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 53°

De la atención de trabajadores con patrono moroso.

Los asegurados directos activos asalariados cuyos patronos se encuentren en mora, podrán recibir todas las prestaciones previstas en este Reglamento, pero su costo deberá ser asumido por el patrono de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36° de la Ley Constitutiva.

Artículo 54°

De la negativa patronal para llenar formularios de subsidios.

Si el patrono se niega a llenar y entregar al trabajador la constancia para el cobro de subsidios, la fórmula será llenada por los inspectores de leyes y reglamentos de la Caja, con fundamento en los procedimientos que se estimen necesarios.

Artículo 55°

De las Prestaciones Sociales.

Las prestaciones sociales dentro del Seguro de Salud tienen como finalidad atender necesidades de orden social directamente relacionadas con la salud integral, y comprenden:

- a) Fomento de la participación social.
- b) Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionada con la atención integral de la salud.
- c) Derechos durante la cesantía.
- d) Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad implique riesgos humanos.
- e) Pago al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 56°

De la atención a grupos vulnerables.

Como una prestación social, dentro del Seguro de Salud, la Caja podrá suscribir convenios con instituciones de beneficencia social y de atención a personas sin capacidad de pago recluidas en dichas instituciones, siempre que tales servicios tengan relación directa con la salud integral.

Artículo 57°

De la participación social.

El fomento de la participación social, será impulsado por medio de la promoción y seguimiento de grupos comunales, que contribuyan a mantener, preservar y mejorar la salud, con responsabilidad de todos los miembros de la sociedad.

Artículo 58°

De la continuidad de derechos.

Los derechos de atención integral aquí reglamentados, no se afectan por:

- a) Suspensión legal de los contratos de trabajo.
- b) Suspensión de los contratos por huelga legal.
- c) Incapacidad otorgada por médicos del I.N.S., siempre que la solicitud de atención obedezca a una enfermedad común.
- d) Durante el tiempo en que por naturaleza de la enfermedad, sea indispensable la continuidad del tratamiento, para evitar un riesgo social mayor.

Excepto en el caso indicado en el inciso d), las prestaciones se otorgarán por un período no mayor de seis meses. Agotado ese plazo, el interesado podrá recurrir a cualquiera de las otras modalidades de aseguramiento que ofrece la Institución.

Artículo 59°

Del pago de cuotas durante la licencia.

Cuando la asegurada directa se encuentre disfrutando una licencia por maternidad, el Seguro de Salud asumirá las respectivas cuotas obreras y patronales sobre el subsidio pagado por este Seguro, de forma tal que la asegurada reciba completo el monto del subsidio.

Artículo 60°

De la conservación de los derechos.

La conservación de derechos en este Seguro, se rige por las siguientes reglas:

- a. Incluye todos los derechos previstos en este reglamento para los asegurados activos, excepto el pago de subsidios y ayudas económicas por enfermedad y licencias por maternidad, durante los seis meses posteriores a aquel en que dejó de ser activo, siempre y cuando haya cotizado, por lo menos durante tres meses en los cuatro anteriores al mes

en que dejó de cotizar, y así conste en las planillas mensuales previamente presentadas a la Caja.

También conservarán los derechos aquí señalados, por igual período, los familiares del asegurado voluntario que fallece (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 61°

De la prestación de servicios a no asegurados.

En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.

En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución.

CAPITULO IV

FINANCIAMIENTO

Artículo 62°

De las contribuciones.

Las contribuciones al Seguro de Salud, serán las siguientes:

1. Sector asalariado.

- a. Trabajadores: 5.50% de sus salarios.
- b. Patronos: 9.25% de los salarios de sus trabajadores.
- c. Estado como tal: 0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales incluido el salario en especie.

2. Sector pensionados

Pensionados: 5.00% del monto de sus pensiones.

Fondo que paga la pensión: 8.75% del monto de la pensión que paga.

Estado como tal 0.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

3. Asegurados voluntarios

La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.

Asimismo y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo.

4. Asegurados por el Estado en condición de pobreza

La contribución para financiar el aseguramiento de la población en condición de pobreza, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

5. Trabajadores independientes

La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria.

Asimismo y en forma adicional el Estado deberá aportar el 0.25 % sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 63°

De la cotización mínima.

El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente.

Conforme se establezcan modificaciones en dicha escala, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.

Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

- a. Cesantías o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.
- b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.
- c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.

En el caso del trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por decreto ejecutivo, son inferiores al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se establecerá dentro de este último (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

CAPITULO V

ADMINISTRACION

Artículo 64°

De las exclusiones y devoluciones de cuotas.

Si por error se hubiere admitido algún empadronamiento o inclusión improcedente de trabajadores asalariados o independientes en planillas, dentro de los correspondientes plazos prescriptivos, la Caja excluirá de oficio o por petición de parte, y procederá a la devolución de las cuotas respectivas, previa compensación de todos los servicios que le hubiere prestado al asegurado activo o a sus familiares (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 65°

De la gestión y trámite de las devoluciones.

En caso de que la devolución sea gestionada por la parte interesada, en un plazo que no exceda los tres años, la Caja resolverá el reclamo previo estudio de inspección y cumplimiento de los requisitos establecidos.

La gestión de exclusión por sí misma, no libera al patrono o al trabajador independiente de su obligación de seguir cotizando mientras ella se tramita (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 66°

De las obligaciones de los patronos y los trabajadores independientes.

1.- Son obligaciones de los patronos:

a. Inscribirse como tales ante la Caja en los primeros ocho días hábiles posteriores al inicio de la actividad o la adquisición de la empresa o negocio, aportando la siguiente información mínima:

a.1.) Nombre y calidades: brindar nombre del negocio, y la actividad a que se dedica; señalar la dirección y los números de teléfono, apartado y facsímil, si los hubiere.

a.2.) Si se trata de personas jurídicas, además de los datos que le sean aplicables según el inciso anterior, deben aportarse fotocopias de la escritura de constitución y de la cédula jurídica.

a.3.) Variaciones que se produzcan referentes a cambios en el nombre, representación legal, actividad o domicilio.

b. Comunicar la venta o el arrendamiento del negocio, e indicar en las planillas la suspensión temporal o definitiva de los contratos de trabajo o la terminación de la actividad.

c. Otorgar permiso a sus trabajadores, para que puedan recibir las prestaciones a que se refiere este reglamento.

d. Acreditar la condición de aseguramiento de los nuevos trabajadores conforme el procedimiento que la Caja indique.

e. Presentar dentro de los plazos programados y en la forma que disponga la administración (disquete, cintas, facsímil, etc.), la lista de sus trabajadores correspondiente al mes inmediato anterior con los datos requeridos.

f. Deducir de los salarios la cuota de los trabajadores, todo de conformidad con el artículo 30° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el artículo 95° del Código de Trabajo.

g. Pagar en los plazos establecidos y en la forma que disponga la administración (transferencia de fondos, tarjeta de crédito, teleproceso, etc.), tanto las cuotas patronales como las de sus trabajadores.

Pasada la fecha máxima de pago, el patrono deberá cancelar los intereses y recargos que señala este Reglamento (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

2. Son obligaciones de los trabajadores independientes:

a. Inscribirse como tales ante la Caja en los ocho días hábiles posteriores al inicio de la actividad o adquisición de la empresa o negocio. Para tal efecto deberá aportar, como mínimo, la siguiente información:

Nombre y calidades: presentar el respectivo documento de identificación, brindar nombre del negocio y la actividad a que se dedica; señalar la dirección, números de teléfono, apartado y facsímil, dirección de correo electrónico, si los hubiere.

b. Suministrar a la administración la información que permita establecer los ingresos, sobre los que se debe calcular la cuota respectiva.

c. Reportar las variaciones que se produzcan referentes a cambios en el nombre, actividad o domicilio.

d. Reportar la variación de sus ingresos en la forma que disponga la administración.

e. Pagar en los plazos establecidos y en la forma que disponga la administración, las cuotas respectivas. Pasada la fecha máxima de pago el trabajador independiente deberá cancelar los recargos por morosidad, que corresponden a los intereses legalmente establecidos (tasa básica pasiva del Banco Central).

El incumplimiento en el pago conlleva el trámite de cobro administrativo y de cobro judicial, según corresponda, conforme los procedimientos establecidos por la Institución.

Para recibir la prestación de servicios de salud, el asegurado debe presentar su documento de identificación, carné del Seguro Social y comprobante de pago con vigencia por el mes en que demanda los servicios.

El trabajador independiente responderá íntegramente por el pago de las prestaciones otorgadas, cuando haya incumplido con la obligación de asegurarse oportunamente o cuando se encuentre en condición de moroso.

Cualquier dato falso que se brinde o consigne, u omisión en que se incurra, por parte de los patronos y trabajadores independientes, en el acto de su inscripción ante la Caja o al suministrar los reportes correspondientes, que induzcan a la Caja a otorgar prestaciones a las que no se tenga derecho de conformidad con las prescripciones de este Reglamento, aparte de la obligación de pagar esas prestaciones, los hará acreedores, en lo que corresponda, de las sanciones establecidas en la Sección VI de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y dependiendo de la gravedad de la falta a la presentación de la denuncia penal. *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

Artículo 67°

Del cambio en la fecha por días feriados y de asueto.

Cuando el día establecido para el pago de la planilla, coincida con un feriado o asueto declarado oficialmente, esa fecha se prorrogará en forma automática al primer día hábil siguiente. Frente a situaciones de fuerza mayor que hagan materialmente imposible el cumplimiento de la obligación establecida al efecto, la Gerencia de División Financiera podrá extender el plazo de pago hasta por cinco días hábiles. En caso de requerirse prórrogas mayores, su aprobación será competencia de la Junta Directiva.

Artículo 68°

Del cumplimiento de los salarios mínimos.

Cuando los salarios o ingresos consignados a los trabajadores asalariados o independientes en planillas sean inferiores a los que señale el decreto de salarios mínimos vigente, la aceptación de las planillas por parte de la Caja no libera al patrono o trabajador independiente de su obligación de ajustar las cuotas correspondientes al monto de los salarios o ingresos reales devengados.

Es entendido que, en todo caso, la cotización mínima por pagar será la que señale el artículo 63° de este Reglamento *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*

Artículo 69°

Obligaciones del patrono moroso.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 36° de la Ley Constitutiva de la Caja, el patrono moroso, responderá por todas las prestaciones otorgadas a sus trabajadores hasta el momento en que la mora cese.

Artículo 70°

Del pago de intereses y recargos.

Los patronos y los trabajadores independientes que no paguen las cuotas dentro de los plazos que establece la Institución estarán obligados al pago de intereses moratorios conforme a la tasa básica pasiva del Banco Central, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 31° de la Ley Constitutiva de la Caja.

Adicionalmente, aplican recargos según los siguientes incumplimientos:

- a. Por presentación tardía de las planillas: 2% del monto total de las cuotas obrero-patronales.
- b. Por omisión o falsedad de los datos identificativos de los trabajadores: un 2% del salario en cada caso que se omita esa información.
- c. En el caso de los trabajadores independientes que se atrasen en el pago de las cotizaciones mensuales, se aplicarán los intereses moratorios de ley (tasa básica pasiva del Banco Central).

Los recargos indicados en los incisos anteriores se efectuarán sin perjuicio de la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 44° y siguientes de la Ley Constitutiva de la Caja (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 71°

De la facturación de oficio de las planillas.

Si el patrono o el trabajador independiente no cumplen con la presentación oportuna de sus planillas o reporte de ingresos, la Caja, procederá a su levantamiento de oficio, sin perjuicio de las sanciones que determina la Ley Constitutiva.

Cuando las planillas fueren facturadas de oficio por no presentación oportuna de la información a la Caja, se presumirán ciertos los datos que correspondan a la última planilla presentada, salvo prueba en contrario. Cuando se presuma que la no presentación de la planilla es maliciosa o fraudulenta, la Caja queda facultada para realizar cualquier investigación tendiente a determinar la realidad de las relaciones obrero-patronales y de los salarios pagados.

Previo análisis de las áreas competentes, podrá exonerarse del trámite de presentación de la planilla, al patrono que además de estar al día en el pago de sus cuotas, no tiene cambios que reportar (ingreso o salida de trabajadores, variación de salarios, permisos y licencias e incapacidades, entre otros) (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 72°

De la responsabilidad patronal por el no aseguramiento.

Los patronos responderán íntegramente por todas las prestaciones que este Reglamento otorga a los asalariados, cuando no hayan asegurado oportunamente a sus trabajadores o cuando ellos no hayan completado los plazos de espera.

Al respecto, los centros asistenciales deberán gestionar directamente el cobro de los servicios otorgados

.

Artículo 73°

Del cobro de los servicios que corresponden al INS.

Cuando la Caja, de conformidad con lo que establece el artículo 201° del Código de Trabajo, admitiere casos de riesgos del trabajo, cobrará al Instituto Nacional de Seguros, el monto de las prestaciones que por esos riesgos haya otorgado.

Igual procedimiento se aplicará en el caso de accidente de tránsito, en que realizará las gestiones ante el Instituto Nacional de Seguros, o ante la persona física o jurídica que resulte responsable del accidente.

Artículo 74°

De los requisitos formales para recibir servicios de salud.

Para demandar los servicios de salud, los asegurados deberán acreditar su condición con los siguientes documentos:

- a) Cédula de identidad o documento **idóneo** de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (as).
- b) Tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal
- c) Carné de asegurado.

En el caso de personas con discapacidad visual, únicamente se requerirá la presentación de la cédula de identidad o documento idóneo de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica para el caso de los extranjeros (as) y tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal

Cuando la necesidad de atención médica sea urgente, ésta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda.

Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos.

Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.

Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda. *(Así reformado en el artículo 7° de la sesión número 8403 del 3 de diciembre del año 2009)*

CAPITULO VI

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Artículo 75°

De los derechos de los asegurados

Los asegurados tiene derecho a:

a) Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la Institución, con el máximo de respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano.

b) Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente por cualquier medio, de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe serle suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de experiencia.

c) Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en el expediente clínico.

d) Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico.

e) Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.

f) Que se respete el derecho a la imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso.

g) Tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.

h) Conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento.

i) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, su participación como sujeto pasivo en investigaciones clínicas o terapéuticas.

j) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, ser sometido a cualquier tipo de diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza.

k) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, si se somete a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada.

Únicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de tales tratamientos. Los pacientes podrán autorizar su aplicación así como desautorizarla en cualquier momento, a su mayor conveniencia. El consentimiento siempre debe quedar constando por escrito.

l) Recibir la explicación pertinente sobre su estado de salud, sobre la evolución futura y la instrucción suficiente de toda indicación o contraindicación médica.

m) Recibir instrucciones claras, por escrito, sobre la utilización de los medicamentos recetados.

n) Conocer la organización y funcionamiento general del centro de salud, mediante información escrita que se le entregará en el momento de su ingreso.

ñ) Esperar una atención continua, y a recibir información sobre sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento, de acuerdo con los recursos institucionales, sobre como cuidar personalmente su salud.

o) No ser rechazado por motivo de su enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza o gravedad.

p) Ser visitado por sus familiares, amigos y otros, o recibir de ellos comunicaciones telefónicas o escritas, así como rechazar la visita de aquellas personas con quienes no desee comunicarse.

q) Expresar, por la vía de su predilección, las quejas reclamaciones o sugerencias que desee formular, y recibir respuesta escrita de la autoridad competente sobre las mismas.

Artículo 76°

De los derechos de la mujer embarazada.

Además de los anteriores, la mujer embarazada tendrá los siguientes derechos:

a) Participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aun no nacido.

b) Recibir cursos de preparación para el parto.

c) Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo.

d) Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.

e) Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite, y alimentarlo según las posibilidades y necesidades de ambos.

f) Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 77°

De los derechos del niño.

En forma adicional a los derechos previstos en el artículo 75°, y sin perjuicio de los derechos consagrados en otros instrumentos normativos de mayor rango, los niños tendrán los siguientes derechos:

a) Estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituyan el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, participando activamente en la vida hospitalaria.

- b) Recibir el tratamiento, la educación y la asistencia especiales que requiera su estado particular, en el caso que experimente una invalidez física, mental o social.
- c) Disponer de todas las oportunidades de juego y de recreo que se dirigirán para las mismas finalidades que la educación. La sociedad y las autoridades públicas harán todo lo necesario para fomentar el disfrute de este derecho.
- d) Recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- e) A una recepción y seguimiento individual, destinándose en la medida de lo posible las mismas enfermeras y auxiliares para dicha recepción.
- f) A contactar con su padre o con la persona que lo sustituya, en momentos de tensión, disponiendo a tal efecto de los medios adecuados.
- g) Disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades de cuidados, educación y juegos de acuerdo con las normas de seguridad.
- h) Proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y beneficiarse de las enseñanzas y material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, siempre que no suponga obstáculos o perjuicio en su tratamiento.
- i) Disponer durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- j) Disponer de la Libreta del Niño como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y el resto de datos de importancia para su salud.

Artículo 78°

De las obligaciones y responsabilidad de los asegurados.

Los asegurados, independientemente de su condición, tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones:

- a) Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.
- b) Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.
- c) Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.
- d) Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.

- e) Seguir el plan de tratamiento aceptado por él, y a cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.
- f) Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.

- g) Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.

- h) Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.

- i) Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.

- j) Todos aquellos otros derechos establecidos en el ordenamiento jurídico, así como los que se deriven de su condición de ciudadano usuario del servicio público de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES ESPECIALES

Artículo 79°

De la Suscripción de Convenios.

La Caja podrá suscribir convenios con instituciones de seguridad social o de atención de la salud de otros países, para la atención médica recíproca de los afiliados de uno u otro organismo, que transitoriamente se desplacen a otro país. De igual forma, podrá establecer convenios con otras entidades para la prestación o adquisición de bienes y servicios que coadyuven a la gestión institucional. Adicionalmente, queda facultada para suscribir convenios de aseguramiento y pago colectivo de cotizaciones, sea con organizaciones o grupos de trabajadores que laboren en forma independiente o bien se trate de asegurados voluntarios (*Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006*).

Artículo 80°

De la aplicación extensiva de otras normas.

En lo aquí no dispuesto y en lo que fuere aplicable, forman parte de este Reglamento para los efectos de su interpretación, integración y aplicación, la Ley Constitutiva de la CCSS, el Código de Trabajo, los Principios Generales de Derecho de la Seguridad Social y los Convenios de la OIT suscritos y ratificados por Costa Rica.

Artículo 81°

De la prescripción de los beneficios.

Salvo los términos de prescripción especialmente señalados en la Ley o en este Reglamento, los derechos que se le confieren a los asegurados, prescribirán en el término de seis meses.

Artículo 82°

De las derogatorias.

El presente Reglamento deja sin efecto el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, del 1° de setiembre de 1942, aprobado en la sesión 66, artículo 2°, del 1° de setiembre de 1942, el Reglamento de traslado de Hospedajes aprobado en el artículo 2° de la sesión 1163 celebrada el 17 de diciembre de 1952, el Reglamento sobre Afiliación de Patronos y Trabajadores aprobado en el artículo 13° de la sesión 3767, celebrada el 27 de febrero de 1968, el Reglamento del Fondo Nacional de Mutualidad, aprobado en las sesiones 6077, 6078 y 6080 del 11, 15 y 18 de diciembre de 1986, respectivamente, el Reglamento para la Concesión de Accesorios y Prótesis Médicas, vigente a partir del 14 de febrero de 1991, el Reglamento para la Concesión de Ayuda Económica para Libre Elección Médica y sus correspondientes reformas, así como cualquier otra norma de igual o inferior rango que se le oponga.

TRANSITORIO UNICO

Las Gerencias de División dictarán, en un término de seis meses, los instructivos necesarios para la correcta ejecución de este Reglamento.

Para estos efectos las Gerencias de División deberán informar a la Junta Directiva, con un plazo no menor de quince días de anticipación, la fecha que entrarán en vigencia esas disposiciones procedimentales” *(Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).*