

INSTRUCTIVO PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Del 13 de junio del 2002

Publicado en La Gaceta No. 119 del 21 de junio del 2002

ÚLTIMAS REFORMAS:

- Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. La Gaceta No. 102 del 29 de mayo del 2014.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Con instrucción de la Gerencia de División Administrativa de nuestra Institución y en cumplimiento de lo indicado en la nota GDM 1418-2000 del 12 de junio del 2002. del Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas, Gerente de Modernización, se publica el Instructivo Pago de Prestaciones en Dinero en cumplimiento con la Ley N° 8220 del 4 de marzo del 2002, "Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos".

»Nombre de la norma: Instructivo Pago de Prestaciones en Dinero de la Caja Costarricense de Seguro Social

Capítulo I.-Disposiciones generales

Artículo 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 N° 7756 del 20 de marzo de 1998 -Beneficios para los responsables de Pacientes en Fase Terminal" y Reglamentaciones Conexas.

Artículo 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 los siguientes documentos:

Cédula de identidad vigente de la persona que gestiona el cobro

Comprobación de derechos vigente (orden patronal)

Recibo cancelado vigente del Seguro Voluntario o de Trabajador Independiente

Carné del Seguro Social

Documentos que justifican el pago

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

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.- Lugar de Adscripción. (*)

Es el Área de Salud del lugar donde el asegurado (a) activo (a) usualmente reside o trabaja, y en el cual, mediante un proceso de afiliación, realiza sus gestiones sanitarias y administrativas y recibe servicios de salud. El asegurado (a) activo (a) solo podrá tener un lugar de adscripción.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

Artículo 8.- De los cargos presupuestarios.

De acuerdo con lo señalado en los artículos 35° y 40° de Reglamento del Seguro de Salud, los cargos presupuestarios por el pago por subsidios de enfermedad y maternidad, corresponden al centro asistencia! que genera el gasto. Por extensión, esta norma se aplica también a las demás prestaciones en dinero. Los cargos por gastos de funeral y los subsidios por licencias para responsables de pacientes en fase terminal, deben tramitarse con cargo a la Unidad Ejecutora 1162 Departamento de Registro de Asegurados y Cotizaciones.

Los cargos que resulten de la aplicación del artículo 56° de la Ley de Tránsito, corresponden a la clínica u hospital de adscripción del asegurado.

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 los artículos 36° de la Ley Constitutiva de la Caja y 53° del Reglamento del Seguro de Salud.

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 extravío 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 extravío 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

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.

Artículo 14.-De las incapacidades y licencias persona sana.

Salvo las licencias para responsables de pacientes en fase terminal, establecidas por ley, no es procedente el pago de las incapacidades que llegaren a ser otorgadas a personas sanas para cuidar a pacientes enfermos (atención y supervisión del niño, lactantes), conforme lo dispuesto en los artículos 28° y 29° del Reglamento del Seguro de Salud. En este caso, la incapacidad otorgada sólo tiene valor como justificante de la ausencia al trabajo.

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.

Cuando el asegurado (a) directo (a) se encontrare cesante, salvo la ayuda para gastos de funeral, no procede el pago de las prestaciones en dinero. Tratándose de incapacidades y licencias, podrán pagarse sólo aquellas otorgadas antes de la fecha de cesantía.

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.

Artículo 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.

En cumplimiento de lo que dispone el artículo 56° de la Ley de Tránsito, la Caja asume el pago de las incapacidades por accidente de tránsito, independientemente del agotamiento de la póliza del Seguro Obligatorio de Vehículos; el porcentaje a pagar es el equivalente al subsidio por enfermedad. El plazo de calificación cuenta a partir del inicio de la incapacidad por el accidente.

En todos los casos, los días pagados se contabilizan dentro del plazo máximo de 365 días que señala el Reglamento del Seguro de Salud, en los artículos 34° y 38° para subsidios y ayudas económicas respectivamente.

Tratándose de incapacidades por accidente de tránsito otorgadas por el INS, corresponde a los interesados realizar la gestión pertinente para su homologación conforme las regulaciones que establece el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

Artículo 22.-De los periodos a pagar.

Salvo lo dispuesto para los casos de licencias fase terminal, toda incapacidad se paga a partir del cuarto día; no obstante, si se diera una nueva incapacidad y no ha transcurrido un periodo mayor a los 30 días naturales desde que se otorgó la primera, ésta se pagará por el periodo completo. 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.

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 calificación para los subsidios.

El derecho al pago de subsidios se concreta en el momento en que el trabajador activo, asalariado o independiente, haya aportado al menos 6 cuotas mensuales en los 12 meses anteriores, siempre que los últimos tres meses sean consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad.

Artículo 25.-De la cuantía del subsidio. (*)

El subsidio es equivalente a 4 veces el aporte contributivo total al Seguro de Salud, 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 aporte contributivo total (trabajador y Estado), y el subsidio se paga proporcionalmente conforme la siguiente tabla:

Meses cotizados	Porcentaje de subsidio según aporte
De 01 a 02 meses	25%
De 03 a menos de 06 meses	50%
(ayuda económica)	
De 06 a menos de 09 meses	75%
De 09 meses o más	100%

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

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), asimismo, ingresos por otros conceptos (bonos vacacionales, de asistencia o regalías, 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, el subsidio diario se calcula multiplicando el porcentaje de contribución 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.

Los pagos en todos los casos, se hacen por periodos vencidos. Las anteriores disposiciones son aplicables también para el pago de las ayudas económicas.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

Artículo 27.- De las prórrogas. (*) DEROGADO

En casos calificados y de excepción, a juicio de la Comisión Evaluadora de Incapacidades, el asegurado incapacitado que haya agotado el plazo máximo de pago de 365 días, pero que además, del plazo de calificación requerido para subsidios, complementa al menos nueve cotizaciones dentro de los 12 meses anteriores al inicio de la incapacidad, es sujeto del otorgamiento de incapacidades adicionales hasta por 26 semanas (182 días), con derecho al pago de subsidios por concepto de prórroga.

(*) El presente artículo ha sido derogado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

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, pero únicamente para efectos de calificar el derecho, 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.

Estas normas son también aplicables en caso de licencias por maternidad y licencias a los responsables de pacientes fase terminal.

Artículo 30.-De la obligación de investigar salarios.

Cuando, respecto a los salarios registrados que sirven de base para el cálculo, se perciban indicios de que no se ajustan a la realidad, 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.

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 pérdida del derecho a los subsidios. (*)

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

- . El plazo de prescripción señalado en el artículo 61º 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 asegurado(a) activo se dedique a labores remuneradas o esté recibiendo el salario completo durante el período de la incapacidad o la licencia.
- . El asegurado activo haya incurrido en alguno de los puntos señalados en el artículo 37º del Reglamento del Seguro de Salud.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

Capítulo III.- Pago de licencias por maternidad

Artículo 33.-Del derecho al pago de las licencias por maternidad. (*)

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, período que incluye el pre y el post parto. Igual derecho tiene la asegurada activa que adopte un niño, caso en el cual el período 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 período de veinte (20) semanas, procede el pago de subsidios como maternidad, por la mitad del período post parto, de conformidad con lo dispone el artículo 57º de la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

Tratándose de partos y adopciones múltiples procede el pago de subsidios por maternidad conforme a lo establecido en los artículos 60º y 62º de la Reforma Integral del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias.

En caso de parto prematuro procede el pago de la licencia por maternidad en forma completa.

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.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

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 que corresponda el cual incluye la cotización de la trabajadora y del Estado.

(Así reformado por el artículo 102 del Reglamento para el otorgamiento de licencias e incapacidades a los beneficiarios del seguro de salud, aprobado mediante sesión N° 8712 del 24 de abril del 2014)

El pago puede hacerse hasta por 30 días adelantados o si la trabajadora lo desea, al terminar la licencia.

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.

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 multiplicación es por el porcentaje de cotización que corresponda (incluye cotización de la trabajadora y 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 ó 180 según se trate de uno, dos o tres salarios de referencia respectivamente.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8712 del 24 de abril del 2014. LG# 102 del 29 de mayo del 2014.

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), citas Comisión Calificadora de la Invalidez o Trabajo Social).

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.

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.

No se pagarán traslados de asegurados adscritos a las clínicas que se encuentran dentro del Área Metropolitana.

Se pagará el traslado entre el centro remitente (incluyendo los Ebais) y el centro especializado.

En casos muy calificados, catalogados como muy especiales a juicio de la Dirección Médica del Centro Asistencia!, 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).

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.-De los beneficiarios.

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. Los acompañantes de cada uno de ellos, debidamente autorizados por los servicios médicos, también son beneficiarios según se indica en el artículo siguiente.

Artículo 44.-De los acompañantes.

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

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, ajuicio 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 inciso B, artículo 12° del Reglamento del Seguro de Salud.

Artículo 52.-De los requisitos para el pago.

Para efectuar el pago, la persona que demuestre haber realizado los gastos del entierro, debe presentar en la Sucursal o Sección de Prestaciones en Dinero según corresponda, conforme la adscripción del asegurado directo que genera el derecho, los siguientes documentos:

Cédula del interesado.

Fotocopias de cédula y del carné del fallecido.

Comprobación de derechos en caso de asalariados fallecidos.

Constancia de la Oficina de Validación en caso de Asegurados por el Estado.

Constancia de pensión, que indique si es pensionado directo, o por viudez.

Constancia de matrimonio en caso de cónyuges fallecidos.

Factura original de la funeraria, recibos de adelanto de pago, contrato con la funeraria, o cualquier otro documento idóneo, que especifique nombres de la persona que hace el gasto y de la persona fallecida.

Fotocopias del certificado de declaración de defunción (hoja amarilla de la Delegación de la Guardia Civil), certificación del Registro Civil o dictamen médico.

Si ocurre extravío de cédula del fallecido(a), ajuicio de la Jefatura de la Unidad Pagadora, puede aceptarse cualquiera otro documento idóneo de identificación (pasaporte, licencia de conducir, entre otros).

Artículo 53.-Del plazo de calificación.

El derecho al pago se consolida cuando el trabajador ha aportado al menos tres cuotas mensuales en los seis meses anteriores al fallecimiento, incluyendo 1a 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.

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 un asegurado se encuentre cesante, fallece él o su cónyuge, compañero o compañera, procede el pago siempre y cuando el asegurado directo haya cumplido con el plazo de calificación señalado en el artículo 53º anterior.

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.-Del seguro voluntario o de trabajador independiente.

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 con más de tres cuotas mensuales.

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

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.

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 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 condición.

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 Chancillería 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.

Las sucursales remitirán en los ocho primeros días de cada mes, un informe resumen a la Dirección Regional correspondiente, donde conste el número de casos y montos pagados desglosado de la siguiente manera:

Por grupos protegidos

Cada grupo por hombres y mujeres

Cada grupo por asegurados directos y beneficiarios, de Prestaciones en Dinero de Oficinas Centrales, deben preparar un informe consolidado de su área respectiva, el cual debe ser remitido a la Dirección de Servicios Institucionales la cual prepara un informe consolidado nacional para ser remitido a la autoridades superiores de la Institución.

Adicionalmente, en los ocho primeros días de cada mes, las Sucursales y la Sección de Prestaciones en Dinero deben preparar un informe de los casos pagados por fallecimiento de pensionados, el cual debe remitirse al Departamento de Pensiones IVM y Régimen No Contributivo, indicando el número de cédula y número de caso.

Capítulo VI.- Ayuda para prótesis y aparatos ortopédicos

Artículo 66.-Del derecho.

Conforme lo señalan el artículo 27º 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 directos cubiertos por el Reglamento del Seguro de Salud, los Asegurados por el Estado jefes de familia y los menores protegidos por el Programa del Seguro Estudiantil.

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 para los asegurados familiares.

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 Medica, 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:

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 las Gerencias de División Financiera y Administrativa mediante notas N° 29103 del 30 de noviembre del 2001 y N° 27298 del 15 de noviembre, respectivamente y deroga el anterior instructivo para el pago de prestaciones en dinero que regía desde el 1° de julio 1997 comunicado por las gerencias mediante circular N° 10826.