



RESUMEN REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA - PARTE 1-B:



BENEFICIO: SEGURO DE GASTOS MEDICOS BASICO

(Documento Informativo No. RR-01-B; rige a partir del 01/feb/2020)

Honorables miembros del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

En esta **PARTE 1-B** (o segunda parte) se aborda el beneficio de **SEGURO DE GASTOS MEDICOS BASICO. A partir del 01 de febrero 2020 se denomina PÓLIZA COLECTIVA GASTOS MÉDICOS FLEXIBLE No. ING-050.** La Parte 1-A explica el seguro de vida.

Los aspectos que a continuación se informan de forma resumida, están descritos y disponibles en los siguientes documentos en la **WEB DEL COLEGIO www.abogados.or.cr - Sección Servicios / Régimen Seguridad Social**, en adelante “la web” como fuente oficial documental de estos contratos: *RR-01-B Resumen General Régimen Seguridad Social Parte 01-B : Beneficio Seguro Gastos Médicos ; RR-02 Procedimiento Reclamo de gastos médicos; RR-03-A Condiciones generales contrato gastos médicos ING-050; RR-03-B Condiciones particulares del contrato póliza ING-050, RR-03-C Esquema de coberturas Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. ING-050, RR-03-C Anexo 1. Coberturas seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. ING-050, RR-03-D Anexo 2. Exclusiones Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. ING-050, RR-03-E Anexo 3. Guía utilización Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. ING-050, RR-03-F Lista RED DE PROVEEDORES MEDICOS del INS – FEBRERO 2020, Doc. F-05 Solicitud de Beneficios para reclamos de gastos médicos.* Puede solicitarlos a nuestro e-mail o en la Oficina de Seguridad Social.

1. Monto asegurado anual contratado, personas sujetas de cobertura y vigencia. El monto asegurado por agremiado/a por año póliza, sin ninguna distinción de edad o años de colegiatura, es la suma de **€1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil colones)**, de acuerdo con las condiciones y limitaciones que regulan el **Seguro Colectivo de Gastos Médicos Flexible del INS, contrato No. ING-050**, y que rige para la presente vigencia **o año póliza, del 01 de febrero 2020 y hasta el 31 de diciembre 2020.** Este seguro cubre únicamente a los y las colegiadas que se encuentren al día con su colegiatura al momento del acaecimiento de los gastos médicos. NO cubre a familiares de agremiados/as.

2. Deducible anual fijo por persona de € 100.000,00 (cien mil colones) Es la suma (en dinero) fija por persona y por año póliza, que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Aplica para el presente periodo póliza, del 01 de febrero al 31 diciembre 2020.

3. Cómo opera o funciona la póliza e inclusión. Los gastos se reconocerán solo bajo el esquema de **REEMBOLSO** (*se realizan los gastos primero y posteriormente se presenta el reclamo con la documentación de respaldo*). Para el presente periodo póliza (de 11 meses), que va del 01 febrero al 31 diciembre 2020, se cubrirá hasta **el 100 % del monto asegurado** anual por persona, indicado en el punto uno (1) anterior (superado el deducible anual fijo), indistintamente de la cantidad de diagnósticos y/o eventos nuevos (de primera vez) y la fecha en que surjan durante el año póliza indicado. En el año póliza siguiente (01 enero - 31 dic 2021), por los diagnósticos del año anterior (del 2020), se reconocerá **hasta el 50 % del monto asegurado** que estuvo vigente. **En todo caso, siempre el beneficio máximo anual a reconocer por gastos médicos en el año póliza (suma de gastos por diagnósticos de primer y segundo año) será el monto asegurado anual contratado.**

Los nuevos agremiados, ingresan o son incluidos en la póliza de oficio, a partir del primer día del mes siguiente al mes de incorporación. Sin embargo, deberán superar el periodo de carencia (de espera) de los 30 días (treinta días) después de la inclusión, para que empiece a operar la póliza, excepto para los eventos de accidentes (si son sujetos de cobertura), cuya cobertura es inmediata a partir de la inclusión en la póliza.

4. Principales exclusiones y limitaciones en los que NO aplica la póliza : (a) Gastos dentales u odontológicos (excepto por accidente y hasta por € 150.000,00), (b) Gastos del periodo de embarazo, (c) Enfermedades congénitas o preexistentes al momento de incorporarse o reincorporarse a la póliza (d) Anteojos, lentes de contacto e intraoculares, aparatos auditivos, (e) Chequeos médicos de rutina y/o exámenes de comprobación de estado de la salud, reconstituyentes, vacunas (f) Cirugía estética, (g) Trastornos mentales, tratamientos experimentales en general (h) Tratamientos por : sobrepeso, falta de peso, bulimia, cirugías bariátricas, alopecia, procedimientos anticonceptivos, infertilidad, esterilidad, podiatría, síndrome premenopáusico, climaterio, SIDA, papiloma humano, infecciones de transmisión sexual , (i) Padecimientos o lesiones derivados del consumo de alcohol y drogas (incluido accidentes de tránsito), (j) Lesiones o enfermedades por intento de suicidio o resultado de y/o comisión de actos delictivos (k) **Durante el primer año póliza** del colegiado/a no cubre enfermedades de los órganos genitales femeninos, trastornos rino-amigdalinos (oído, nariz, garganta), hernias de cualquier tipo. (l) **Parto o aborto**, tiene un periodo de carencia o espera es de 13 meses posterior a la fecha de inclusión o re-inclusión en la póliza, por tanto, se cubrirá posterior a esos 13 meses.

5. Requisitos y proceso de reclamación de gastos. Para el reclamo o gestión indemnizatoria de reembolso de gastos médicos se debe presentar en la Oficina de Seguridad Social del Colegio lo siguiente: (a) Formulario de “Solicitud de Beneficios” (Doc. F-05) llenado por el médico de su puño y letra (o firma digital) en la sección “Declaración de Médico de Cabecera”, siendo lo más claro y detallado, sobre todo en cuanto al **diagnóstico**, los síntomas y evolución del evento médico (por cada médico que brindó servicios de consulta, debe llenarse una solicitud); el asegurado llena y firma su sección correspondiente; (b) **Facturas originales físicas o digitales impresas**, conforme lo establece el Ministerio de Hacienda. Estas deben venir detalladas y desglosadas en cuanto a los rubros y/o servicios que se prestaron y su costo o valor individual. Sobre todo, en el caso de **hospitalizaciones y/o procedimientos médicos debe aportarse el desglose impreso lo más detallado posible.** Esto permitirá un mejor pago (c) Prescripciones médicas de exámenes, medicamentos, tratamientos y otros servicios; (d) Documento bancario fehaciente de cuenta IBAN del interesado, en colones; (e) Otros requisitos que el Instituto establezca y solicite para casos específicos. El interesado/a debe aportar original y de ser posible dos copias de todos los documentos. Los agremiados pueden presentar reclamos de gastos médicos en las diferentes Oficinas del INS y Sedes del Colegio; en cuyo caso, para que nuestra Oficina pueda dar seguimiento, rogamos remitirnos copia física o escaneada de dichos documentos.

6. Principales aspectos técnico-operativos del seguro de gastos médicos ING-050. De seguido el cuadro con el detalle operativo.

CUADRO INFORMATIVO NUEVO SEGURO COLECTIVO GASTOS MEDICOS FLEXIBLE No. ING-050

N	Indicador	Descripción resumida de las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza																										
1	Monto asegurado contratado	¢ 1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil). Máximo a reconocer, por persona asegurada, por año póliza.																										
2	Año póliza (vigencia 2020)	Del 01 de febrero al 31 diciembre 2020 (para 2021 será del 01 de enero al 31 diciembre)																										
3	Monto y Tipo de deducible	¢ 100.000,00 fijo por año póliza, según vigencia actual, 01/02/2020 - 31/12/2020																										
4	Coberturas básicas del seguro , una vez superado el deducible fijo anual de ¢ 100.000,00. En el punto 7 se detalla el porcentaje de gastos a cubrir y coaseguros de estas coberturas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gastos médicos ambulatorios por accidentes y/o enfermedad Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales y medicamentos 2. Gastos médicos por hospitalización y cirugía <ol style="list-style-type: none"> a. Habitación individual normal. Tarifa máxima/diaria: ¢ 200.000,00 en CR; ¢ 500.000,00 fuera de CR b. Habitación cuidados intensivos. Tarifa máxima/diaria: ¢ 400.000,00 en CR; ¢ 750.000,00 fuera de CR c. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intensivos e intermedios d. Exámenes de laboratorio, radiología, estudios complementarios especializados e. Una visita médica hospitalaria diaria <p align="right"><small>(za sdoorovic adbokati – ykm-fceb 2020)</small></p>																										
5	Coberturas de monto fijo o sublimitadas. Una vez superado el deducible fijo anual de ¢ 100.000,00 se reconocerán por año póliza , los siguientes montos en los siguientes rubros o conceptos de gastos médicos, acorde con los coaseguros que aplican para cada caso según proveedor.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Conceptos o rubros de gastos médicos sublimitados</th> <th>Monto máximo pagar x año póliza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Cesárea, parto normal o múltiple, aborto <i>(se cubre después de 13 MESES de la inclusión en la póliza)</i></td> <td>¢ 300.000,00</td> </tr> <tr> <td>B. Transporte de ambulancia terrestre, aérea o marítima</td> <td>¢ 100.000,00</td> </tr> <tr> <td>C. Honorarios médicos (no quirúrgico y quirúrgicos)</td> <td>¢ 200.000,00</td> </tr> <tr> <td>D. Accidentes dentales</td> <td>¢ 125.000,00</td> </tr> <tr> <td>E. Tratamientos médicos para enfermedades mentales</td> <td>¢ 200.000,00</td> </tr> <tr> <td>F. Gastos derivados por la práctica del fútbol recreativo</td> <td>¢ 250.000,00</td> </tr> <tr> <td>G. Gastos derivados de la práctica recreativa de otros deportes</td> <td>¢ 150.000,00</td> </tr> <tr> <td>H. Aparatos de apoyo</td> <td>¢ 125.000,00</td> </tr> <tr> <td>I. Prótesis quirúrgica</td> <td>¢ 125.000,00</td> </tr> <tr> <td>J. Alergias: pruebas diagnósticas (tratamiento hasta x monto asegurada)</td> <td>¢ 75.000,00</td> </tr> <tr> <td>K. Enfermedades epidémicas o pandémicas</td> <td>¢ 500.000,00</td> </tr> <tr> <td>L. Terapias (según normativa médico-legal vigente).</td> <td>¢ 500.000,00</td> </tr> </tbody> </table>	Conceptos o rubros de gastos médicos sublimitados	Monto máximo pagar x año póliza	A. Cesárea, parto normal o múltiple, aborto <i>(se cubre después de 13 MESES de la inclusión en la póliza)</i>	¢ 300.000,00	B. Transporte de ambulancia terrestre, aérea o marítima	¢ 100.000,00	C. Honorarios médicos (no quirúrgico y quirúrgicos)	¢ 200.000,00	D. Accidentes dentales	¢ 125.000,00	E. Tratamientos médicos para enfermedades mentales	¢ 200.000,00	F. Gastos derivados por la práctica del fútbol recreativo	¢ 250.000,00	G. Gastos derivados de la práctica recreativa de otros deportes	¢ 150.000,00	H. Aparatos de apoyo	¢ 125.000,00	I. Prótesis quirúrgica	¢ 125.000,00	J. Alergias: pruebas diagnósticas (tratamiento hasta x monto asegurada)	¢ 75.000,00	K. Enfermedades epidémicas o pandémicas	¢ 500.000,00	L. Terapias (según normativa médico-legal vigente).	¢ 500.000,00
Conceptos o rubros de gastos médicos sublimitados	Monto máximo pagar x año póliza																											
A. Cesárea, parto normal o múltiple, aborto <i>(se cubre después de 13 MESES de la inclusión en la póliza)</i>	¢ 300.000,00																											
B. Transporte de ambulancia terrestre, aérea o marítima	¢ 100.000,00																											
C. Honorarios médicos (no quirúrgico y quirúrgicos)	¢ 200.000,00																											
D. Accidentes dentales	¢ 125.000,00																											
E. Tratamientos médicos para enfermedades mentales	¢ 200.000,00																											
F. Gastos derivados por la práctica del fútbol recreativo	¢ 250.000,00																											
G. Gastos derivados de la práctica recreativa de otros deportes	¢ 150.000,00																											
H. Aparatos de apoyo	¢ 125.000,00																											
I. Prótesis quirúrgica	¢ 125.000,00																											
J. Alergias: pruebas diagnósticas (tratamiento hasta x monto asegurada)	¢ 75.000,00																											
K. Enfermedades epidémicas o pandémicas	¢ 500.000,00																											
L. Terapias (según normativa médico-legal vigente).	¢ 500.000,00																											
6	Consulta médica	¢ 25.000 x consulta médica general o especialista (sin límite de consultas, una vez superado el deducible anual)																										
7	PROVEEDORES de servicios médicos y Coaseguro (parte de los costos que asume el asegurado, una vez superado el deducible anual)	<p>Las coberturas básicas y coberturas de monto fijo indicadas en los puntos 4 y 5, se registrarán por la siguiente norma de porcentajes a reconocer de los gastos, según proveedor y una vez superado el deducible fijo anual.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO DE PROVEEDOR</th> <th>Máximo a reconocer de gastos</th> <th>Coaseguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. RED de proveedores del INS en Costa Rica</td> <td>80 %</td> <td>20 %</td> </tr> <tr> <td>B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR</td> <td>75 %</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>C. Servicios médicos recibidos fuera del país</td> <td>65 %</td> <td>35 %</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">La lista de RED DE PROVEEDORES DEL INS está disponible en la web del INS</p>	TIPO DE PROVEEDOR	Máximo a reconocer de gastos	Coaseguro	A. RED de proveedores del INS en Costa Rica	80 %	20 %	B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR	75 %	25 %	C. Servicios médicos recibidos fuera del país	65 %	35 %														
TIPO DE PROVEEDOR	Máximo a reconocer de gastos	Coaseguro																										
A. RED de proveedores del INS en Costa Rica	80 %	20 %																										
B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR	75 %	25 %																										
C. Servicios médicos recibidos fuera del país	65 %	35 %																										
8	Modalidad de pago de gastos médicos. Tiempo y porcentaje de cobertura en el primer y segundo año de un mismo diagnóstico o evento.	Los gastos se reconocerán solo bajo el esquema de reembolso (se hace el gasto y luego se cobra). Se cubrirá, en el año póliza (01 feb – 31 dic 2020) hasta el 100 % del monto asegurado anual (superado el deducible fijo anual) indistintamente de la cantidad de diagnósticos y/o eventos nuevos (de primera vez) y la fecha en que surjan durante el año póliza. En el año póliza siguiente (01 enero - 31 dic 2021), por los diagnósticos del año anterior (2020), se reconocerá hasta el 50 % del monto asegurado que estuvo vigente. En todo caso, siempre el beneficio máximo anual a reconocer en el año póliza (suma diagnósticos de primer o segundo año) será el monto asegurado anual contratado.																										
9	Continuidad de cobertura de reclamos de la póliza anterior ING-039	Todo reclamo de gastos médicos de los asegurados/as, presentado en la última vigencia del contrato anterior ING-039 (01 feb 2019 – 31 enero 2020), será cubierto si así corresponde, bajo las condiciones de dicho contrato. Es decir, hasta un año a partir del primer gasto, o hasta agotar el monto asegurado, lo que suceda primero.																										
1	Otros beneficios	Descuentos en gimnasios a través de la Red de Centros de Entrenamiento (asegurado principal y tres personas más)																										
1	Documentos para la presentación de reclamos y condición de colegiatura al día	<ol style="list-style-type: none"> a. Formulario SOLICITUD DE BENEFICIOS (Doc. F-05 en la web) llenado por el interesado y el médico, y debidamente firmado por cada uno en la parte que corresponde. b. Documentos originales de referencias médicas de medicamentos, exámenes y otros; facturas (originales físicas para proveedores del Régimen Simplificado de Tributación y electrónicas impresas para cualquier otro servicio médico recibido) c. Documento donde se indique la cuenta IBAN (22 dígitos) en colones, a nombre del agremiado/a d. El colegiado/a debe estar al día en su colegiatura para ingresar el reclamo al INS y disfrutar de los beneficios de este seguro 																										
1	Para las siguientes eventos o enfermedades aplica un periodo de carencia o espera de 12 meses, a partir de la inclusión de cada persona en la póliza	Catarata, Glaucoma. Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septoplastia sinusitis, nariz, senos, paranasales, asma. Enfermedades de la tiroides. Litiasis vesicular y/o de las vías biliares. Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones. Enfermedad de la próstata. Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinos. Hemorroides y fisura anal. Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia. Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite. Para parto y aborto son 13 meses.																										