



# PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MEDICOS

**AL AMPARO DE LA PÓLIZA COLECTIVA GASTOS MEDICOS FLEXIBLE No. ING-050  
CUYA VIGENCIA ACTUAL ES DEL 01 FEBRERO AL 31 DICIEMBRE 2020  
(Doc. No. RR-02– actualizado 01/02/2020)**

Los procedimientos que a continuación se detallan, se sustentan en el Contrato Póliza Colectiva de Gastos Médicos Flexible ING-050 (antes No. ING-039 y No. 48769-14) suscrito entre el INS y el Colegio de Abogados en noviembre de 1994; sus adendos y mecanismos operativos prácticos dispuestos por las partes e implementados por la Oficina de Seguridad Social del Colegio. El detalle de los beneficios básicos y voluntarios y los contratos los puede encontrar en este mismo sitio web del Colegio [www.abogados.or.cr](http://www.abogados.or.cr), sección Servicios Agremiados (as), Subsección Régimen de Seguridad Social.

## 1. Condiciones para ser sujeto a este beneficio.

### a. Pago de colegiatura mensual

Todos los colegiados, sin distinción de edad, son sujetos de estos beneficios en el tanto se encuentren al día en el pago de la colegiatura al momento de suceder los eventos médicos. Si no se encontrare al día con sus cuotas, pero el adeudo no es mayor de 3 cuotas al momento del evento médico, deberá cancelar las cuotas pendientes de inmediato y podrá presentar el reclamo correspondiente. Si el adeudo es superior a cinco cuotas el reclamo no procederá. **La póliza cubre únicamente al colegiado/a y los gastos médicos se reconocen o pagan bajo la modalidad del REEMBOLSO.**

### b. Re-inclusión en la póliza

Si el colegiado adeuda más de cinco cuotas, reingresará automáticamente a la póliza, una vez que regularice el pago de sus obligaciones para con el Colegio. En estos casos de re-inclusión, empezaran a regir nuevamente las cláusulas restrictivas de primer año y preexistencia establecidas en el Contrato Póliza.

### c. Recién incorporados o reincorporados

A los colegiados que se incorporen o reincorporen al Colegio, el beneficio regirá con vigencia a partir del primer día del mes siguiente al mes de incorporación o reincorporación. Ejemplo: se incorpora el 23 de mayo; la póliza aplica a partir del 01 de junio.

## 2. Requisitos para la presentación de reclamos y pago de la indemnización.

### a. Formulario o solicitud de beneficios de gastos médicos (Doc.F-05 de la web)

Todo reclamo sin excepción deberá presentarse en el formato determinado por el INS para esos efectos denominado SOLICITUD DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS. Este consta de dos partes: PARTE A que la llena el asegurado y PARTE B que llena el médico. La solicitud debe ser llenada de puño y letra del asegurado y el médico; debidamente firmado por ambos. Este documento se puede adquirir en cualquier oficina del INS, sedes del Colegio, en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio (o solicitarlo por correo) u obtenerlo en el sitio web del Colegio (sección Régimen Seguridad Social, Doc. No. F- 05). El documento debe venir sin tachaduras, ni borrones y letra clara. **NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES QUE NO ESTEN FIRMADAS POR LOS INTERESADOS Y/O LOS MEDICOS TRATANTES O CON LETRAS DIFERENTES EN LA PARTE DEL MÉDICO**

### b. Facturas originales y comprobantes de pago

El colegiado deberá aportar incondicionalmente los originales de las facturas canceladas sobre los gastos incurridos y/o las facturas electrónicas impresas. Dichos documentos deberán estar acorde con las disposiciones del Ministerio de Hacienda (incluidas facturas electrónicas), por la entidad, empresa o profesional médico que los emite. No procederán como comprobantes de pago “recibos de dinero”, “boletas para recetas como facturas”, vouchers y otras cuasi-facturas o duplicados de facturas electrónicas, que no correspondan a lo establecido en el ordenamiento jurídico y administrativo. Algunas indicaciones que deben tomar en cuenta respecto a las facturas:

- Cuando se presentan facturas por hospitalización y/o procedimientos médicos se debe adjuntar incondicionalmente un desglose o detalle pormenorizado de los rubros y su costo individual, emitido por el centro médico. Eso permitirá un mejor pago.
- Las facturas que correspondan a más de un servicio (exámenes médicos por ejemplo y/o productos) deben indicar claramente el detalle: nombre del servicio o producto y el costo de cada uno.
- Las recetas médicas o referencias de exámenes y tratamientos pueden ser copias
- Para el trámite de facturas por rehabilitación o terapias debe presentarse la orden médica indicando la cantidad de sesiones (en número), las fechas en que se realizaron y el costo de cada sesión.
- En los casos de gastos dentales únicamente se cubren cuando sean derivados de un accidente cubierto por la póliza y se debe presentar: ficha dental, dar una descripción detallada del accidente.
- En caso parto, detallar en lo posible el costo de los rubros, tales como hospitalización, servicios profesionales, y otros. La factura debe ser superior a ₡ 450.000,00 para que le reconozcan los ₡ 300.000,00 (se descuenta el coaseguro y deducible).

➤ No se admitirán en ningún caso: fotocopias de facturas, copias certificadas, copias de facturas con sello de cancelado, constancias de pago del proveedor, facturas de crédito, duplicados de facturas electrónicas, vouchers; como comprobante de pago.

### **c. Referencias médicas (recetas y similares)**

Los comprobantes de pago deberán corresponder con las referencias médicas (fechas, recetas, orden de exámenes médicos, tratamientos, terapias, y otros procedimientos médicos) que emitan los centros o profesionales médicos según sea el caso. Esta información podrá venir consignada en la “solicitud de beneficios” en la parte que le corresponde al médico (PARTE B - declaración de médico de cabecera) o como documentos adicionales. Los resultados de exámenes de laboratorio, impresiones digitales y similares NO son necesarias presentarlas al abrir el reclamo, excepto que así lo determine el INS en el proceso de análisis del reclamo.

### **d. Gastos médicos fuera de Costa Rica**

En caso de gastos médicos fuera de Costa Rica, el colegiado deberá aportar documento médico o epicrisis, en el cual se detalle claramente: diagnóstico (tipo de enfermedad o dolencia), evolución (sintomatología de inicio a fin, fechas) y tratamiento (medicamentos, exámenes, cirugías, terapias) de la enfermedad o accidente; y venir claro el nombre del centro médico, su ubicación y profesional firmante. El documento no requiere de autenticación alguna y puede venir en otro idioma, en el tanto la traducción – de ser necesaria – corra por cuenta del interesado. Los gastos se reconocerán conforme los valores o precios de bienes y servicios aplicables en Costa Rica.

## **3. Presentación del reclamo**

**El plazo para presentar el reclamo es de dos meses después del primer gasto.** Si se atrasa, podrá presentarlo adicionando una nota justificando el atraso. El colegiado presenta el reclamo en la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio, ubicada frente a la piscina, o en cualquier Oficina del INS o Sedes del Colegio. Cuando el reclamo es presentado en nuestra Oficina el trámite, seguimiento y aviso de pago lo asume esta Oficina. **Si el reclamo es presentado en Oficinas del INS directamente rogamos remitir copia física o escaneada de dichos documentos a nuestra Oficina para el seguimiento respectivo, de lo contrario no podremos darle el servicio.**

Es determinante que el asegurado siempre entregue EL ORIGINAL Y DOS COPIAS – original para el INS, una copia para la Oficina y otra si desea dejarse el recibido. Apreciaríamos que cuando se presenten facturas de tamaño pequeño (colillas de caja y otras) vengán adheridas o pegadas en hojas blancas y traer los documentos debidamente ordenados.

## **4. Pago del reclamo**

Si los documentos entregados están en orden y no hay requisitos adicionales, por lo general el pago se realiza en 15-21 días hábiles o menos. El pago lo realiza directamente el INS al interesado, por medio del Dpto. Centro de Gestión y Servicios Seguros Personales del INS, ubicado en el Mezanine 2 del INS. El pago normalmente se efectúa a la **cuenta bancaria indicada por el asegurado/a** en la solicitud de beneficios. En casos especiales el interesado puede solicitar el pago en alguna agencia del INS.

## **5. Cobertura en el tiempo y sugerencia sobre gastos menores.**

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.**

Dado que el DEDUCIBLE ANUAL FIJO es la suma de ¢ 100.000,00 y el reconocimiento más alto es de un 80 % de los gastos; los gastos inferiores o ligeramente superiores a ese monto (¢ 100.000,00), no serán cubiertos. Sin embargo, pueden aplicarse para acumular el deducible anual fijo. En todo caso recomendamos consultar cada caso en específico para valorarlo.

**ESTIMADOS (AS) AGREMIADOS (AS) Y SUS FAMILIARES**

**ANTE CUALQUIER DUDA FAVOR COMUNICARSE CON NOSOTROS**

**HORARIO: L-V DE 8 AM A 5 PM JORNADA CONTINUA**