



PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS EN PÓLIZAS COLECTIVAS VOLUNTARIAS CONTRATADAS POR EL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA (DOC. NO. V 2, ACTUALIZADO 18/08/2015)

Muy estimados asegurados y aseguradas afiliados a pólizas colectivas voluntarias de gastos médicos del INS.

Ponemos a su disposición un resumen de los procedimientos, requisitos y demás información que a continuación se indica, y que se sustenta en los Contratos Colectivos de Gastos Médicos del cuadro No. 1 siguiente. Además, se incorporan los mecanismos operativos y administrativos habituales del INS y aspectos prácticos sugeridos por nuestra Oficina, basados en la experiencia de 22 años atendiendo a los y las agremiadas del Colegio.

Cuadro 1. CONTRATOS COLECTIVOS VOLUNTARIAS SEGUROS DE GASTOS MEDICOS

No	Contrato colectivo/producto	Monto asegurado	No. póliza	Forma de pago	Año póliza, desde / hasta
1	INS-MEDICAL REGIONAL, Dólares	\$ 200.000,00 (doscientos mil)	MEG-33	Semestral	23/febrero/2015/ 22 febrero/2016
2	INS-MEDICAL INTERNACIONAL, Dólares	\$ 2.000.000,00 (dos millones)	MEG-104	Semestral	01/julio/2015 30/junio/2016
3	INS-MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES (deducible de \$ 5.000)	\$ 2.000.000,00 (dos millones)	MEG-260	Semestral	
4	INS-MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES (deducible de \$ 10.000)	\$ 2.000.000,00 (dos millones)	MEG-261	Semestral	
5	Gastos Médicos del INS, PLAN 16	¢ 5.000.000,00	GMM-26	Trimestral	01/01/2015 31/12/2015
6	Gastos Médicos del INS, PLAN 16	¢ 5.000.000,00	GMM-32	Semestral	
7	Gastos Médicos del INS, PLAN 16	¢ 5.000.000,00	GMM-30	Anual	
8	Gastos Médicos del INS, PLAN 16	¢ 10.000.000,00	GMM-306	Semestral	

El objetivo del presente documento es brindar a ustedes información de calidad sobre los procesos de reclamos, y asesoría necesaria para ello, que permita la materialización del seguro; es decir, el pago debido de los gastos médicos. El presente documento amplía lo indicado en los adenda “Procedimiento de utilización del seguro” INS-Medical Regional (Doc. V6-B de la web del Colegio), INS-Medical Internacional (Doc. V7-B) e INS-Medical Internacional Grandes Deducibles (V13-D). Sugerimos re-leer estos adenda según cada caso.

Condiciones para ser sujeto de los beneficios del seguro médico voluntario

El colegiado y sus familiares son sujetos de este beneficio voluntario en el tanto se encuentren al día en el pago de las primas del seguro al momento de suceder los eventos médicos, hayan sido incluidos en la póliza y el evento o siniestro sea sujeto de cobertura acorde con los términos del contrato de seguros.

Definición de “RECLAMO” DE GASTOS MEDICOS

Denominamos RECLAMO, al proceso o gestión en el cual el asegurado presenta la documentación pertinente para ser sujeto de los beneficios de la póliza y/o indemnizado con el reembolso o por medio de pre-autorización, de los gastos médicos; acorde con los términos y condiciones del contrato de seguros respectivo.

1. Modalidades de reconocimiento de gastos.

1.1. Pago directo por Proveedores. Esta forma opera exclusivamente para los casos de emergencias médicas tal como se define en el contrato; cirugías y exámenes especiales preautorizados, partos programados preautorizados.



Licda. Eriant Quesada Oses, Ing. Ana Erika Oses Castillo
 Licda. Ana Quesada Oses y Dr. Hugo Quesada Monge
 Agentes de Seguros Exclusivos del INS No. 224, 001, 332 y 764
 Licencias SUGESE No. 13-2578, 08-1519, 15-2928 y 08-1487



Aplica, presentando la tarjeta de identificación-póliza (que el INS entrega) con los proveedores de la red (centros hospitalarios, laboratorios, farmacias y otros) y pagando el monto proporcional de los deducibles y coaseguros según los rubros de servicio que brinde el proveedor. Es decir, el asegurado al momento de usar la póliza paga únicamente los deducibles y coaseguros al proveedor y éste se encarga de realizar la gestión de cobro ante el INS. La lista o RED DE PROVEEDORES está disponible en la web del Colegio www.abogados.or.cr ingresando a sección Servicios a Agremiados, Sub-sección Régimen de Seguridad Social, Doc. O-11 y O-11A.

Las PRE-AUTORIZACIONES, aplican sólo para proveedores médicos registrados en la red del INS. Para ello existe un formulario **“Solicitud de pre-autorización para hospitalización”** que puede ser solicitado a nuestra Oficina o ubicarlo en la web del Colegio Doc. F-7. Los asegurados deberán enviar la solicitud de preautorización a nuestra Oficina (por correo o fax), o al INS directamente al fax 2243-9918 o 2287-6007 debidamente lleno por el médico a cargo y firmado por el asegurado. Dicho envío debe hacerse con al menos CINCO DIAS HABILES ANTES DE LA FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO. Se deberá incondicionalmente adjuntar los resultados de pruebas de laboratorio o de exámenes que justifiquen el internamiento, examen o procedimiento a preautorizar.

Cómo localizar PROVEEDORES MEDICOS de servicios a nivel nacional e internacional ?

Para conocer la **RED NACIONAL DE PROVEEDORES** autorizados por el INS ver el documento O-11 Proveedores Médicos y O-11A proveedores dentales en la web del INS www.ins-cr.com o en la del Colegio, www.abogados.or.cr Sección Seguridad Social o solicitarlos a nuestra Oficina. **Para consultas sobre la RED NACIONAL DE PROVEEDORES MEDICOS llamar a: 800-633-4225 o central del INS 2287-6000.**

A partir del primero de febrero 2015 opera un nuevo **ADMINISTRADOR DE LA RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONAL**; la empresa UNIVERSAL ASSISTANCE, con el cual el INS maneja todo lo referente a servicios en seguros médicos INS-MEDICAL REGIONAL E INTERNACIONAL y seguro INS-VIAJERO CON ASISTENCIA . **Los teléfonos para asistencia FUERA de Costa Rica, con el nuevo administrador de la red son los siguientes:**

Cuadro 2. Contactos telefónicos para solicitar servicios médicos al ADMINISTRADOR DE LA RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONAL DEL INS **“UNIVERSAL ASSISTANCE”** estando fuera de Costa Rica.



LUGAR DONDE SE ORIGINA LA LLAMADA	Llamada gratuita	Línea telefónica ordinaria
ESTADOS UNIDOS	1-844-865-0804	+1 (407) 264-7118
ESPAÑA	900-995-484	(091) 189-5152
Canadá, Caribe, resto de América Puede llamar por cobrar vía operadora si el servicio está disponible donde se encuentre		+1 (407) 264-7118
Europa y resto del mundo		+34 (91) 189-5152
UNIVERSAL ASSISTANCE - LLAMADAS DESDE CUALQUIER PARTE DEL MUNDO		0054114323777
UNIVERSAL ASSISTANCE, PARA LLAMADAS ESTANDO EN COSTA RICA	08000542044	
Correo/web del INS para asistencia internacional	insinternacional@ins-cr.com www.ins-cr.com	
Si no logra contactar ninguno de los números anteriores, llame a los siguientes teléfonos	+1(305)590-8016 y +34 (91) 593-4227	

1.2. Pago por Reembolso.

El asegurado realiza el gasto y luego presenta los documentos respectivos (solicitud de beneficios, facturas y demás documentos) en nuestra Oficina. Esta modalidad aplica para la **consulta externa, exámenes, medicamentos y demás usos NO tipificados como emergencias y en todos los casos cuando el proveedor de servicios médicos NO es afiliado a la red.**

El plazo para la presentación de reclamos por reembolso es de dos meses después de la fecha de inicio del evento médico.

Sobre este segundo mecanismo – REEMBOLSO - de reconocimiento de gastos se detalla a continuación el procedimiento, requisitos y otros aspectos.

1.2.1. Formulario o Solicitud de beneficios para reembolso de gastos médicos.

Todo reclamo por reembolso, sin excepción, deberá presentarse en el formulario determinado por el INS para esos efectos denominado **SOLICITUD DE BENEFICIOS**. Este documento o formulario se puede solicitar en cualquier oficina del INS o en la nuestra. Usualmente los centros hospitalarios privados proveedores del INS disponen de este documento. También podrá encontrar este documento en la página web del Colegio **www.abogados.or.cr**, sección Servicios al Agremiado/a, Subsección Seguridad Social, Doc. No. F-5. En su defecto puede solicitarlo vía correo a nuestra Oficina, en nuestro horario de trabajo habitual.

La solicitud consta de dos partes:

Parte A: Información del asegurado, del paciente y del reclamo. Esta parte la llena el asegurado y/o paciente completando todos los datos del formulario. Lo firma el titular contratante del seguro.

Parte B: Declaración del médico de cabecera. Esta parte la llena el profesional médico que brinda los servicios. **Es determinante que el médico indique en la solicitud en forma clara el diagnóstico de la enfermedad, la evolución de ésta, en tiempo (días, mes y año)** y los demás datos que se solicitan. Debe ser firmado por el profesional, indicar claramente su nombre y código o número de colegiado (Colegio de Médicos, Dentistas, etc.).

Recomendamos llenar el formulario en tinta color negro o azul; escribir en forma legible y sin tachaduras ni borrones. Estas alteraciones puede anular la solicitud. **Solicitudes sin firma del médico o los asegurados titulares NO SE RECIBIRAN para trámite.**

1.2.2. Facturas y otros comprobantes de pago

El asegurado deberá aportar **incondicionalmente** los **originales de las facturas y comprobantes de pago sobre los gastos incurridos**. Dichos documentos deberán estar debidamente membreados por la entidad o profesional médico que los emite, acorde con las disposiciones legales vigentes establecidas por el Ministerio de Hacienda al respecto.

NO PROCEDERAN COMO COMPROBANTES DE PAGO:

- Recibos de dinero sin membrete.
- Boletas para recetas como facturas.
- Boucher (comprobantes de pago con tarjetas de crédito o débito)
- Boletas de transferencias bancarias
- Hojas membreadas como facturas.



- Copias de facturas certificadas por notarios
- Otras formas no aceptadas por el INS de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente.

Sí se admiten las colillas de caja debidamente identificadas en las que se detalle: los medicamentos o productos pagados, la fecha y datos de la empresa que emite el tiquete de caja; acorde con las regulaciones de ley para este tipo de comprobantes de pago emitidas por el Ministerio de Hacienda.

Recomendamos sobre la presentación de facturas a tomar en cuenta lo siguiente:

- Cuando se presentan facturas de hospitalización, se debe adjuntar un **desglose o detalle impreso y pormenorizado de los ítems o rubros, emitido por el centro médico.**
- Las facturas que correspondan a más de un servicio (exámenes médicos por ejemplo) o producto deben indicar claramente el detalle: nombre de cada servicio o producto y el costo individual por servicio o producto.
- Las recetas médicas o referencias de exámenes o tratamientos pueden ser copias.
- Para el trámite de facturas por rehabilitación debe presentarse original de la factura y copia de la orden médica indicando el **número de cesiones, fechas y costo por cesión.**
- En caso de facturas por maternidad, detallar en lo posible el costo de los rubros e ítems, tales como hospitalización, medicamentos, habitación, servicios de mano de obra del profesional (es) a cargo, exámenes, otros.
- En caso de facturas por cirugías o tratamientos, debe especificarse el monto que corresponde al médico principal, al anestesta y a cualquier otro profesional o asistente en la cirugía o tratamiento.
- En caso de consultas médicas en las que además se practica algún tipo de tratamiento, terapia o procedimiento debe especificarse en la factura cuánto corresponde a consulta propiamente dicha, y cuánto al tratamiento, terapia o examen realizado.
- Cuando el pagador de la factura es distinto al asegurado se debe indicar en la factura el nombre del asegurado a quien corresponden dichos gastos. Igualmente cuando se trata de menores de edad y el pagador es el padre u otra persona.

1.2.3 Referencias médicas (recetas y similares) y resultados de exámenes y similares.

Los comprobantes de pago deberán corresponder con las referencias médicas de **recetas, requerimientos u órdenes de exámenes médicos, tratamientos, terapias y otros procedimientos médicos,** que emitan los centros médicos 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) o en su defecto los recetarios comunes o como documentos adicionales firmados por el profesional médico. **Es requisito incondicional aportar los resultados de exámenes o pruebas médicas al momento de presentar la gestión de reclamo; caso contrario la gestión de pago se detiene.**

Las recetas médicas, deberán indicar claramente el nombre de los medicamentos, dosificación y frecuencia.

Las referencias para exámenes médicos deben indicar claramente el tipo de examen lo más detallado posible. Igualmente el médico lo puede anotar en el formulario de solicitud (Parte B) o mediante las boletas de referencia de exámenes usuales. Se debe tener el cuidado de dejarse copia si el laboratorio requiere la original.

Las referencias para terapias, sesiones o tratamientos especiales deben indicar con claridad el nombre o tipo de terapia, la cantidad de terapias o tratamientos requeridos y fechas.

1.2.4 Gastos médicos fuera de Costa Rica.

En caso de incurrir en gastos médicos fuera de Costa Rica, por **Plan 16** el colegiado deberá aportar la “Solicitud de beneficios del INS”, en su defecto un **certificado médico de los hechos o epicrisis**, en el cual se detalle: **diagnóstico** (tipo de enfermedad o dolencia), **evolución** (síntomatología de inicio a fin, fechas) y **tratamiento** (medicamentos, exámenes, cirugías) de la enfermedad o accidente y **datos del médico tratante**. El documento, en principio no requiere de autenticación alguna y puede venir en otro idioma, en el tanto la traducción – de ser necesaria – corra por cuenta del interesado.

Para INS-MEDICAL no se requiere epicrisis, si se usa la red de proveedores. Cuando se hace uso de servicios médicos fuera de la red de proveedores SI SE REQUIERE LA EPICRISIS en los términos supra indicados.

2. Presentación física del reclamo y seguimiento.

El colegiado asegurado deberá presentar el reclamo en nuestra Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio. Sin embargo puede hacerlo también en cualquier Oficina del INS. Cuando el reclamo es presentado en nuestra Oficina, la asesoría en el trámite, el seguimiento, monitoreo y avisos respectivos lo asumimos nosotros. Si el reclamo es presentado en Oficinas del INS directamente dicha labor no es posible. Por ello, solicitamos que ustedes informen a nuestra Oficina, para el seguimiento respectivo del caso. De no comunicarlo nuestra Oficina no podrá dar el seguimiento al reclamo. En estos casos de ser posible enviar copia escaneada de los documentos presentados para poder asistirles.

El INS, dependiendo del reclamo, podrá solicitar requisitos o aclaraciones adicionales. Nuestra Oficina o el INS comunicaran dichos requerimientos. Por lo general el trámite del reclamo se detiene en el tanto no se presenten los requisitos o documentos solicitados por el INS.

3. Pago del reclamo, retiro de dineros y autorización para retiros.

Si los documentos entregados están en orden y no hay requisitos adicionales, normalmente el pago se realiza en 10-15 días hábiles. El pago lo realiza directamente el INS al interesado, por medio del Dpto. Centro de Gestión y Servicios Seguros Personales, ubicado en el Mezanine 2 del INS. El pago normalmente se efectúa en tres modalidades: **cheque, débito y transferencia bancaria**. Si el interesado no puede apersonarse al INS, puede enviar a cualquier persona. En este caso la persona que retira el débito o cheque en el INS debe presentar:

- Nota del interesado al INS autorizando a la persona (dos originales).
- Copia y original de cédula del asegurado.
- Copia y original de la persona que retira.

En caso de pago por medio de depósito en cuenta por medio de SINPE-BCCR (Sistema Nacional de Pagos Electrónicos del Banco Central), el asegurado titular debe indicar en la solicitud del reclamo el No. de cuenta cliente personal en colones (17 dígitos), el banco y aportar documento que indique el No de cuenta cliente. Recomendamos usar esta forma de pago. Todos los pagos por éste y otros medios, SOLO se efectúan a la cuenta del TITULAR DEL SEGURO. Es decir gastos de cónyuges y hijos menores o mayores de edad incluidos en la póliza siempre se reembolsan al titular del seguro; es decir a quien firmó la solicitud del seguro.

Para los reclamos que se presenten directamente a nuestra Oficina, se comunicará al interesado el día y hora a partir de cuando el pago estará listo. Sin embargo el interesado puede consultar a nuestra Oficina o al INS directamente para verificar que el estado del pago y evitar contratiempos; haciendo referencia al NUMERO DE RECLAMO que de previo le hemos indicado.



El horario de atención del INS Oficinas Centrales y sucursales es de L – V , de 8 AM a 5:00 PM.

4. Inicio y fin del Reclamo de Gastos Médicos.

En el cuadro No. 1 de este documento se detalla el PERIODO DE VIGENCIA O AÑO POLIZA de los diferentes contratos de seguros de nuestro interés. En función de la vigencia anual, opera el inicio y fin del reclamo médico.

Para el Plan 16: El año póliza de este seguro es el año calendario de curso, del 01 de enero al 31 diciembre. Cada vez que se haga uso del seguro, el INS lleva un registro del consumo de saldos de la suma asegurada (por cobertura A y B) por asegurado. La responsabilidad máxima del Instituto está limitada por la suma asegurada y por los topes específicos en cada caso descritos en la Cláusula IV de las Condiciones Generales de la póliza.

La suma asegurada se agota por cobertura A o B separadamente según el monto de cada cobertura, por persona, sin importar el número de eventos durante el año póliza, cuyo vencimiento es el 31 de diciembre de cada año calendario. Una vez que se agota el monto en cada una de las coberturas A o B **NO SE PAGARAN MAS GASTOS** por ningún concepto por lo que reste de ese año. **El monto asegurado se reinstala a partir del primero de enero de cada año** pudiendo iniciar los reclamos a partir de la reinstalación del monto asegurado, en el tanto se haya pagado la renovación de la póliza. **Cada año póliza a partir de cada primero de enero se debe abrir un nuevo reclamo de gastos médicos aunque los gastos se hubiesen iniciado el año anterior.** Les recordamos los montos de coberturas en Plan 16 (Ver Doc. V-07 de la web con detalle de Plan 16).

Suma Asegurada	€5, 000,000.00	€10, 000,000.00
Fuera de Hospital	φ500.000.00	φ1.000.000.00
Dentro de Hospital	φ4.500.000.00	φ9.000.000.00
Maternidad	φ500.000.00	φ700.000.00
Póliza de Vida	φ2.000.000.00	φ4.000.000.00

Para INS-Medical: Todo reclamo concluye al término del AÑO POLIZA de cada contrato, según se detallan las fechas de vigencia del año póliza en el cuadro No. 1. El “RECLAMO” inicia y concluye acorde con el plazo de vigencia del contrato de seguros. Al iniciar un NUEVO AÑO POLIZA, se deberá abrir un NUEVO RECLAMO, llenando una nueva “SOLICITUD DE BENEFICIOS” con los gastos a partir de la fecha de la nueva vigencia del seguro, aunque el padecimiento, enfermedad o tratamiento sea continuado y haya iniciado con anterioridad. Si las facturas que se presentan son fechadas con la vigencia del año póliza anterior, se ingresa como un ajuste del reclamo anterior. Para los nuevos gastos, procederá tal cual se ha indicado; es decir una nueva SOLICITUD DE BENEFICIOS para el nuevo año póliza.

5. Copias y expedientes del reclamo

Al presentar el reclamo en nuestra Oficina usted deberá entregar, además del ORIGINAL (para el INS), una COPIA para nuestra Oficina. Dicha copia conforma el expediente paralelo que nos permite darle al adecuado seguimiento a su gestión. Este expediente paralelo es resguardado en nuestra Oficina por 4 años como máximo, como un servicio a nuestros clientes; para cualquier requerimiento de dichos documentos a futuro. Luego de esos cuatro años se destruyen los expedientes. Los documentos originales quedan en manos del INS y se ajustan a la normativa legal aplicable para estos casos, en lo que a procesos de archivo se refiere. **Si usted desea mantener copia de dicho expediente, favor aportar una segunda copia para el sellado de su recibido.** Nuestra Oficina NO BRINDA EL SERVICIO DE FOTOCOPIADO, este se brinda en el Dpto. de Archivo del Colegio. Para solicitar copias de documentos de expedientes, con mas de un año de antigüedad se requiere nota formal del interesado al INS o a nuestra Oficina, según sea el caso.



Licda. Eriant Quesada Oses, Ing. Ana Erika Oses Castillo
Licda. Ana Quesada Oses y Dr. Hugo Quesada Monge
Agentes de Seguros Exclusivos del INS No. 224, 001, 332 y 764
Licencias SUGESE No. 13-2578, 08-1519, 15-2928 y 08-1487



6. Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio

Atendemos, con gran satisfacción y responsabilidad profesional al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, desde noviembre 1994. Todos nuestros servicios se brindan en el Colegio, en nuestra Oficina. Ante cualquier duda, sugerencia, comentario y sana crítica favor dirigirlo a:

Agentes de Seguros del Instituto Nacional de Seguros – INS

Encargados Oficina de Seguridad y Aseguramiento Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

Dr. Hugo Quesada Monge (Lic. SUGESE No.08-1519) - Ing. Ana Erika Oses Castillo (Lic. SUGESE No.08-1487)
Licda. Eriant Quesada Oses (Lic. SUGESE 13-2578) - Licda. Ana Eryn Quesada Oses (Lic. SUGESE 15-2928)

Equipo de Trabajo:

Daniel Arias Chacon (Renovaciones y Cobro) insabogadoscobros@abogados.or.cr
José Pablo Masis Salazar (Gestión de Tramite) insabogadosinfo1@abogados.or.cr
Luis Enrique León González (Informática y registros) insabogadosinfo2@abogados.or.cr

Telefax: 2280-7775 y 2234-6202, Central Colegio 2202-3600 Ext. 3635

Correo electrónico: insabogados@abogados.or.cr, web Colegio www.abogados.or.cr

Oficinas: Dentro del Colegio de Abogados y Abogadas en Zapote, Frente a la piscina infantil.

Horario: de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. Jornada continua.

CENTRAL DEL INS: 2287-6000

Centro de Gestión y Servicios Seguros Personales del INS (RECLAMOS MEDICOS)

Tel. 2287- 6008, 2287- 6003

Horario del INS: L-V de 8 AM a 5:00 PM

Tel. 800-MEDICAL : 800-6334225 Información general sobre seguros médicos del INS