

Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 19 de la sesión número 7082, celebrada el 3 de diciembre de 1996, aprobó el siguiente nuevo Reglamento del Seguro de Salud:

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

CAPITULO I

Principios generales y campo de aplicación

Artículo 1°—De la universalidad del Seguro de Salud

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

Ficha

artículo

Artículo 2°—Del principio de igualdad

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

Ficha

artículo

Artículo 3º.De la Subsidiariedad estatal.

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

Ficha

artículo

Artículo 4º.De la integralidad y suficiencia.

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

Ficha

artículo

Artículo 5º—De la eficiencia

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

Ficha

artículo

Artículo 6º. De la participación social.

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

Ficha

artículo

Artículo 7º. De la obligatoriedad. La afiliación al Seguro de Salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y para los pensionados de los regímenes nacionales de pensión, en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que dispone el artículo N° 4 de la Ley Constitutiva de la Caja.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 8º. Territorialidad de Seguro de Salud.

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

Ficha

artículo

Artículo 9º—Del aseguramiento voluntario

Las personas no sujetas a la afiliación obligatoria, tienen el derecho de acogerse al régimen de Seguro Voluntario establecido en el Reglamento especial dictado al efecto.

Si estas personas hicieren uso de la facultad de acogerse a este Seguro, se entiende que su aseguramiento adquiere el carácter de irrenunciable, convirtiéndose en obligatorio.

Ficha

artículo

CAPITULO II

Definiciones terminológicas

ARTÍCULO 10°. Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

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

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

ACTUALIZACIÓN DE DATOS: La actualización de datos es el proceso mediante el cual, cada vez que un dato personal del usuario titular haya cambiado (número de teléfono, dirección, condición civil, etc.) y este aporta datos personales actuales, exactos y veraces en el registro de la adscripción e identificación ante la CAJA o al proveedor externo que brinda servicios a nombre de este, se proceda oportunamente con el cambio de dichos datos en el sistema de información institucional. *(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

ADSCRIPCIÓN: Es el registro administrativo que surge en razón de una solicitud que hace una persona al establecimiento de salud sede del sector conocido como "EBAIS", a efecto de ser incluida en el sistema de información en

salud, es decir, la asignación de un establecimiento de salud del primer nivel de atención, cuya área de atracción se ubica en relación con el lugar de residencia o el lugar donde el usuario titular pasa la mayor parte del tiempo y que a su vez define la red de servicios de atención en salud.

Para realizar el registro de la adscripción, la persona titular no requiere estar asegurado y podrá realizarse este proceso de forma personal o a través de una persona garante para la igualdad jurídica, o tercero autorizado, teniendo en cuenta que el usuario titular, tendrá asignado un único lugar de adscripción. **(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).**

ASEGURADO (A): Persona que ostenta una o más de las condiciones de aseguramiento, y en razón de ello, le asiste el derecho a recibir servicios de salud y prestaciones sociales del Seguro de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPAÑERO (A): Persona que convive, en calidad de pareja de forma estable, notoria, pública y singular con otra de distinto o del mismo sexo. *(Así reformado en el artículo 37º de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

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

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

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN: Es el registro de datos relacionados a una persona usuaria bajo un número de identificación, cuando se carezca de un registro de adscripción dentro del sistema de información institucional para la atención en el servicio de emergencias, o en los establecimientos de salud del segundo o tercer nivel de atención. *(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

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

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

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

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

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

Se incluye en este concepto el período que fuere otorgado con motivo de aborto después de las 16 (dieciséis)

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

LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: Es el área de salud del lugar del primer nivel de atención donde la persona usuaria usualmente reside, trabaja o estudia y en el cual, mediante un proceso de registro de datos, realiza sus gestiones administrativas y recibe servicios de salud.

La persona solo podrá tener un único lugar de adscripción. *(Así reformado en el artículo 37º de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

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

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: Número que se le asigna a una persona usuaria para identificarla en el sistema de información de la CAJA al cual se le asocian las atenciones recibidas, así como demás trámites administrativos. Para efectos de personas usuarias nacionales corresponde el número de cédula, en el caso de personas extranjeras (según regulación del artículo 74 del presente Reglamento) se asignará el número creado desde el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) conocido como "Extranjero con identificación CCSS", o asignación de "número temporal interno" cuando no se determine alguno de los dos tipos de identificación anteriores. *(Así reformado en el artículo 37º de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

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

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

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

PRESTACIONES SOCIALES: Es la atención que otorga a los asegurados beneficios de

orden social, para mantenimiento integral de la salud.

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

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA: Acto administrativo emitido por la administración activa, en respuesta a solicitud de la persona usuaria en forma escrita o por otros medios autorizados, ante el establecimiento de salud, la cual debe ser fundamentada, motivada y resuelta, conforme lo establecido por la Ley General de la Administración Pública. *(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

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

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

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

TRASLADO DE ADSCRIPCIÓN: Corresponde cuando por motivos del traslado de lugar de residencia habitual de la persona adscrita, requiere cambiar su adscripción a otro EBAIS.

(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).

VERIFICACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN: Es el proceso mediante el cual la CAJA a través del documento de identidad, documento de similar rango reconocido por el Gobierno de Costa Rica en el caso de extranjeros o a través de los sistemas de información dispuestos para tal fin, identifica al usuario que realiza trámites administrativos o de atención en salud en la institución. La CAJA se guarda el derecho de incorporar verificaciones biométricas y demás funcionalidades tecnológicas para la adecuada identificación de los usuarios y la correspondiente atención en los servicios de salud. *(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

VERIFICACIÓN DE ASEGURAMIENTO: Es el proceso mediante el cual la CAJA comprueba el derecho que le asiste a la persona usuaria respecto al acceso para recibir atención integral a la salud. *(Así reformado en el artículo 37° de la*

sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020))."

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de Erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Ficha

artículo

CAPÍTULO III

Cobertura y Prestaciones

ARTÍCULO 11º Del aseguramiento según condición. El aseguramiento se otorgará a las personas en las siguientes condiciones:

1. Trabajador asalariado.
2. Trabajador independiente.
3. Pensionado de régimen público contributivo o no contributivo.
4. Cotizante voluntario.
5. Asegurado Por cuenta del Estado (Decreto Ejecutivo No. 17898-S)
6. Amparado por Protección Familiar. **(Así reformado en el artículo 37º de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020)**

7. Población en condición de pobreza (Así reformado en el artículo 36º de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006).

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de Erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Ficha

artículo

Artículo 11 bis.-**Aseguramiento por cuenta del Estado.**

a. **Definición:** Es el aseguramiento por cuenta del Estado para la atención médica, comprende un régimen de protección especial que otorga el Estado a través de la Caja a aquellos núcleos familiares compuestos por personas que no tengan la obligación de cotizar en alguno de los regímenes contributivos que administra dicha Institución, y que se encuentren ya sea en condición de indigencia médica por tratarse de un núcleo familiar que no puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda y salud, por cuanto los ingresos son inferiores al salario más bajo de la última fijación de salarios mínimos, o bien se trate de un núcleo familiar que tenga ingresos iguales o superiores al salario más bajo de la última fijación de salarios mínimos, pero estos son insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas, para cuya determinación se tomara en cuenta sus ingresos totales en relación con el número de miembros, sus edades, su situación socioeconómica y su nivel de vida en general.

b. **Del otorgamiento:** Para optar por el Aseguramiento por Cuenta del Estado, el núcleo familiar debe haber sido declarado en condición de pobreza por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), o encontrarse incluido en la base de datos del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE).

Asimismo, la Caja podrá incluir a beneficiarios en forma provisional por un período máximo de tres meses, comunicando la situación al IMAS para que dicha Institución proceda con el análisis y resolución del caso en cuanto a la calificación definitiva de condición de pobreza.

La Caja se reserva el derecho de verificar en cualquier momento que las condiciones originales bajo las cuales se otorgó el aseguramiento se mantengan vigentes.

Además de la condición de pobreza declarada, se debe cumplir con:

. La presentación del documento de identificación vigente; en el caso de nacionales la cédula de identidad, y en el caso de extranjeros la cédula de residencia al día o resolución administrativa emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería que indique la aprobación del estatus migratorio de residente legal, esto para todos los miembros del núcleo familiar mayores de 18 años. En el caso de menores de edad extranjeros, se deberá aportar cédula de residencia, pasaporte o constancia de nacimiento autenticada o apostillada.

Asimismo, el solicitante del beneficio brindará la autorización por los medios establecidos por la institución, para el traslado de sus datos al SINIRUBE.

Los asegurados por Cuenta del Estado tendrán derecho a todas las prestaciones correspondientes a la Atención Integral en Salud que otorga el Seguro de Salud de la Caja, excepto al pago de subsidios por enfermedad y licencias

(Así adicionado en sesión N°9079, del 13 de febrero de 2020)

Ficha

artículo

Artículo 12°. De la Protección Familiar Las personas cuya modalidad de aseguramiento sea trabajador asalariado, trabajador independiente, pensionado, asegurado voluntario o asegurado por cuenta del Estado podrán solicitar el amparo por Protección Familiar, para quienes cumplan las siguientes condiciones: no estar obligados a cotizar bajo una modalidad contributiva y mantener respecto de él (ella) una relación de parentesco, convivencia o crianza, además de los requisitos que se fijen, en el Reglamento para la Protección Familiar en la Caja Costarricense de Seguro Social." *(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).*

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de Erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Ficha

artículo

Artículo 13° De la Adscripción e identificación Los servicios de Registros y Estadísticas de Salud son los responsables de realizar, verificar y asegurar la calidad de los datos relativos al registro de la adscripción e identificación

de las personas en el sistema de información Institucional.

A) De los requisitos para la adscripción o la identificación.

Para formalizar la adscripción o identificación, la persona usuaria deberá aportar:

i. Declaración jurada para establecer el lugar de adscripción cuando no se pueda verificar este dato a través de otros medios (aplica únicamente para el proceso de adscripción).

ii. Documento de identidad según lo siguiente:

. **Persona costarricense mayor de edad:** Presentar la cédula de identidad vigente y en buen estado.

. **Persona costarricense menor edad:** Presentar la Tarjeta de Identificación del Menor (TIM), preferiblemente en el caso de los usuarios mayores de 12 años y menores de 18 años.

. **Persona extranjera mayor de edad:** Presentar DIMEX (incluye las categorías de Solicitante de Refugio y Permiso Laboral) o Pasaporte vigente y en buen estado, según corresponda. En el caso de la persona extranjera cubierta por medio de algún convenio suscrito por parte de la Institución, deberá presentar el documento de identificación dispuesto para tales efectos, así mismo, tomar en consideración todas aquellas regulaciones suscritas por parte de la CAJA y el marco jurídico vigente para la identificación de personas extranjeras.

Quando la persona extranjera esté en proceso de regularización y su documento de identidad se encuentre vencido, deberá presentar adicionalmente, resolución de aprobación de residencia, "Previo a la Caja" o categoría especial, las anteriores extendidas por la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), en el tanto no se cuente con los medios tecnológicos para la verificación de forma directa con la DGME.

. **Persona extranjera menor de edad:** Preferiblemente certificado de nacimiento,

traducido al español, o mediante el llenado de la declaración jurada que le facilite la CAJA para los efectos. El trámite deberá ser realizado por el representante legal del menor.

iii. Otros datos que la CAJA considere necesarios para completar el registro de la adscripción.

iv. Otro requisito establecido a través de convenios, leyes u otra figura de carácter legal que así lo establezca expresamente.

En el caso que la Administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles para verificar la identidad de la persona usuaria, se prescindirá de la solicitud de documento adicional para el registro de adscripción o identificación.

B) De las vías de formalización para la adscripción.

La persona usuaria que requiera formalizar su adscripción ante la CAJA, deberá hacerlo por los medios que esta disponga, sea presencial, a través de un medio virtual, persona garante para la igualdad jurídica o por un tercero autorizado.

Cuando la formalización de la adscripción se realice a través de un tercero, aparte de los requisitos mencionados en el inciso A), el representante o tercero deberá presentar:

i. Documento de identidad vigente y en buen estado (según sea nacional o extranjero).

ii. Copia del documento de identificación de la persona interesada.

En el caso que la CAJA suscriba convenios con otras instituciones, se deberá coordinar lo relativo a la adscripción de las personas usuarias amparados por estos. Cuando el convenio omita requisitos o procedimientos, se aplicará lo establecido en este reglamento.

C) Determinación del lugar de adscripción.

Para determinar el lugar de la adscripción, el usuario deberá proporcionar los datos exactos relativos al lugar de residencia o lugar donde habita, los cuales tendrán carácter de declaración jurada y los mismos podrán ser verificados por la CAJA por los medios que disponga. Cuando por motivos de traslado de residencia o habitación, la persona usuaria deba cambiar el lugar de adscripción, deberá informarlo a la CAJA, para que se proceda a realizar el traslado de adscripción correspondiente.

En caso de que la persona usuaria tenga dos o más lugares donde cumpla la definición para ser adscrito, este último se reserva el derecho de escoger el que más considere conveniente.

En todo caso, la persona usuaria deberá tener un único lugar de adscripción.

D) Actualización de datos.

La persona usuaria está en la obligación de mantener al día los datos suministrados a la CAJA, por lo cual en el momento de que algún dato se modifique, el usuario titular deberá de comunicarlo oportunamente a la Institución, especialmente el correo electrónico y teléfono como medios de comunicación entre la persona usuaria y la Institución.

Además, será responsabilidad de los servicios de Registros y Estadísticas de Salud, velar por la oportuna actualización de los datos relativos a la adscripción e identificación de las personas en el sistema de información.

La persona usuaria podrá realizar la actualización o modificación de datos de su adscripción a través de los medios que la CAJA ponga a su disposición según la normativa vigente.

E) Consecuencias de falsedad en los datos y la no actualización.

Los datos aportados por parte de los usuarios en la adscripción o identificación serán consignados bajo el principio de buena fe y se consideran datos aportados mediante declaración jurada, es decir, que se considera como una manifestación personal realizada mediante fe de juramento, sin vicios de voluntad o consentimiento, realizada por medio escrito, de forma personal, mediante apoderado o a través de medios

tecnológicos dispuestos, en el que se proporciona datos reales y veraces relacionados con toda la información que requiera la CAJA en registros administrativos o de salud. Mismo que advierte a la persona de la sanción que impone el artículo 318 y 322 del Código Penal por delito de perjurio, declara bajo fe de juramento, que lo manifestado en él es cierto.

La CAJA se reserva el derecho de determinar por los medios que estén a su alcance, la veracidad de los datos suministrados por parte del usuario en la adscripción e iniciará las gestiones administrativas pertinentes, a través del debido proceso, para determinar alguna irregularidad de los datos aportados guardándose el derecho de rectificar y corregir los datos suministrados por parte de los usuarios en el presente proceso.

La persona usuaria, en caso de no actualizar de manera inmediata, a través de los medios que la Institución ponga a disposición, cualquier dato relacionado con la adscripción o identificación que haya cambiado respecto a la declaración inicial, se verá afectado directamente a falta de información para efectos de ser notificado acerca de las gestiones que así lo ameriten, asumiendo las consecuencias propias de no actualizar los datos.

F) De la obligación de estar Adscrito.

Es deber de toda persona usuaria contar con un único un lugar de adscripción, de acuerdo con su lugar de residencia o habitación, en el primer nivel de atención, para la identificación de la red de servicios de salud o en su defecto identificado, de previo a recibir la atención en salud.

G) Del tratamiento de los datos suministrados en el registro de adscripción e identificación.

La CAJA basada en las regulaciones establecidas en la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales Ley N.º 8968, se reserva el derecho de realizar tratamiento de los datos de la adscripción e identificación para fines de la propia Institución, protegiendo en todo momento la identidad del usuario, establecido también en el artículo 7º de la Ley del Expediente Digital Único de Salud N° 9162.

La CAJA podrá requerir a las personas usuarias en el proceso de adscripción, la incorporación de la fotografía definiendo el proceso para tal efecto. También podrá disponer de otros mecanismos de seguridad de identificación de los usuarios como lo es la incorporación de registros biométricos, entre otros que considere pertinentes, esto con el objetivo de fortalecer la seguridad en relación con la identidad de las personas.

La CAJA se guarda el derecho de identificar a través de su sistema de información, personas que requieran, mediante regulaciones específicas determinadas por parte de la propia Institución, ser identificadas para efectos internos, administrativos y de la prestación de los servicios de salud.

El tratamiento de los datos personales de los usuarios será únicamente con fines relacionados con los cuidados de salud de los usuarios, como así también para trámites administrativos de la propia CAJA". **(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020)**

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de Erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Ficha

articulo

Artículo 14º. De la amplitud de los beneficios.

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

Ficha

articulo

Artículo 15.—De las prestaciones

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

a) Atención Integral a la Salud.

b) Prestaciones en Dinero

c) Prestaciones Sociales.

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

Ficha

artículo

Artículo 16.-**De los riesgos excluidos.** Quedan excluidos del Seguro de Salud:

1. Los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la Ley N°6727 de 24 de marzo de 1982, corren por cuenta del patrono o aseguradoras, según los casos.

2. Los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, número 9078, publicada en el Alcance Digital N° 165 del Diario Oficial *La Gaceta* N° 207 del viernes 26 de octubre del 2012, en el tanto corresponda a una aseguradora su cobertura.

(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)

3. Los casos regulados por normas de orden público en los que para el desarrollo de una actividad, exista obligación de contar con una póliza que garantice la cobertura total de gastos de atención médica sanitaria y de rehabilitación.

(Así adicionado el apartado anterior por el artículo 40 del Reglamento de Riesgo Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social y Reforma Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y aprobado en sesión N° 2015 del 22 de octubre del 2015)

Ficha

artículo

Artículo 17º. De la atención integral a la salud.

La Atención Integral a la Salud comprende lo siguiente:

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

Ficha

artículo

Artículo 18.—Del lugar y forma de la prestación

La atención integral en salud, según los casos, la recibirán los asegurados en sus hogares y establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria que la Caja designe. La forma y condiciones del otorgamiento de prestaciones específicas será

regulada por la Institución, mediante las disposiciones que se dicten al efecto.

Ficha

artículo

Artículo 19º. De la exclusión de responsabilidad

La Caja no se responsabiliza por los servicios de salud que no sean otorgados por sus funcionarios autorizados, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento. Cuando por circunstancias muy especiales, a juicio de la Caja, y dada la gravedad de la enfermedad, se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Institución, sin grave perjuicio para su salud por la demora, puede reconocer el costo de los servicios por la primera atención, con base en los costos institucionales.

Ficha

artículo

Artículo 20.—De la libre elección médica

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

Ficha

artículo

Artículo 21º. Del suministro de medicamentos.

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

Ficha

artículo

Artículo 22º. De los servicios de odontología.

La atención en salud oral comprende las siguientes prestaciones:

- a. Promoción de salud dental

- b. Atención clínica preventiva y curativa

- c. Atención clínica especializada y de rehabilitación.

Ficha

articulo

Artículo 23º. De las restricciones del servicio odontológico.

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

Ficha

articulo

Artículo 24º. Del suministro de prótesis dentales.

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

Ficha

articulo

Artículo 25º. De los servicios de asistencia social.

La atención en la asistencia social comprende:

- a. Tratamiento social individual y familiar.

- b. Planeación social u organización comunal.

Ficha

articulo

Artículo 26º. De la atención médica durante los períodos de incapacidad.

Los asegurados tienen derecho a la atención integral a la salud, durante todo el período de incapacidad. Una vez finalizado ese plazo, se estará a lo que dispone el artículo 55º de este Reglamento.

Ficha

articulo

Artículo 27.-De las prestaciones en dinero

Las prestaciones en dinero comprenden:

- a) Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.

- b) Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.

c) Ayuda económica para traslados y hospedajes

d) Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero.

(La Sala Constitucional mediante resolución N° 5594 del 02 de mayo de 2012 declaró con lugar la acción de inconstitucionalidad interpuesta contra este inciso "por omitir como beneficiaria, cuando fallezcan hijos menores de edad, a las mujeres aseguradas directas que tengan la condición de madres solas, jefas de hogar y único sostén económico de su núcleo familiar.")

e) Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

Ficha

artículo

Artículo 28.—Del propósito de los subsidios por incapacidad o licencia

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

Ficha

artículo

Artículo 29.-**Del derecho a subsidios por incapacidad.** Tiene el derecho a subsidios el asegurado activo, asalariado o independiente, portador de una enfermedad común, que produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja o por médicos de otros sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva.

En casos especiales, previa valoración correspondiente, la Caja podrá admitir, modificar o denegar las recomendaciones de incapacidad extendida por médico particular a un asegurado activo, de acuerdo con lo regulado en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los

Beneficiarios del Seguro de Salud.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

articulo

Artículo 30.-De la finalización del derecho a subsidios

El derechos al pago de subsidios, finaliza:

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

la cesantía.

(Así reformado por Sesión N° 7662 celebrada el 24 de julio del año 2002)

Ficha

artículo

Artículo 31.-**De la incompatibilidad del subsidio con otras prestaciones.** El derecho al pago de subsidios aquí previsto es incompatible con otras prestaciones económicas contempladas en leyes especiales, con motivo de la misma enfermedad común. En el momento en que se dé la doble cobertura, el monto de subsidio se reducirá, de modo que el beneficio total que perciba el trabajador no sobrepase el 100% de su salario o ingreso de referencia.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

ARTÍCULO 32°:

De las incapacidades otorgadas por aseguradoras que comercializan pólizas del Seguro de Riesgos del Trabajo o del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores.

No procede el pago de subsidio por enfermedad cuando se esté frente un riesgo excluido conforme la definición contenida en el artículo 16° del presente reglamento.

Tratándose de lesionados que se encuentran dentro de la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, el pago del subsidio a que se refiere el artículo 73° de la Ley de Tránsito, se realizará de conformidad con las regulaciones que contenga el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud y su respectivo instructivo.

(Así reformado por el artículo 40 del Reglamento de Riesgo Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social y Reforma Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y aprobado en sesión N° 2015 del 22 de octubre del 2015)

Ficha

artículo

ARTÍCULO 33°:

De la complementariedad de incapacidades en casos de riesgos del trabajo

Cuando una incapacidad por enfermedad común otorgada por la Caja, inicie o exceda a una otorgada por una aseguradora que comercializa la póliza del Seguro de Riesgos del Trabajo en razón de haberse determinado una etiología propia de ese riesgo, se reconocerá el pago de subsidio por enfermedad con cargo al seguro de salud una vez terminado el plazo de incapacidad otorgado por la aseguradora, y siempre y cuando se cumplan los plazos de calificación indicados en el artículo 34° de este reglamento."

(Así reformado por el artículo 40 del Reglamento de Riesgo Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social y Reforma Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y aprobado en sesión N° 2015 del 22 de octubre del 2015)

Artículo 34.-**De los plazos de calificación para el pago de subsidios.** Tendrá derecho al pago de subsidios por incapacidad el trabajador activo que haya cotizado el mes anterior y además haya aportado 6 cuotas mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006)

(Así reformado en forma parcial mediante resolución de la [Sala Constitucional N° 10658 del 8 de agosto de 2012](#), que anuló el párrafo final de este artículo)

Artículo 35°. Del inicio del pago de subsidios.

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

Artículo 36.-**De la cuantía del subsidio por enfermedad.** El subsidio por incapacidad es de hasta cuatro veces el aporte contributivo total (Trabajador, Patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la Caja, en los tres meses inmediatamente anteriores a la incapacidad.

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

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

Para establecer el subsidio diario la Caja considera los meses a 30 días.

En el caso de trabajadores independientes, el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con el aporte del trabajador y el Estado, según 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%

Todo subsidio se paga por períodos vencidos, de acuerdo con el procedimiento que la Institución determine.

(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)

Ficha

artículo

Artículo 37.-**De la pérdida del derecho al pago de subsidios.** El asegurado activo que incurra en lo siguiente pierde el derecho al pago del subsidio:

- a. Las incapacidades obtenidas por medios engañosos, incluyendo aquellas en las que se demuestre falsificación del lugar de residencia.
- b. Las incapacidades en que se demuestre la simulación de una enfermedad.
- c. Las incapacidades en que se demuestre han sido otorgadas por complacencia.
- d. Las incapacidades en que se demuestre el otorgamiento de una dádiva.
- e. Las incapacidades que se generen producto de boletas o talonarios sustraídos de la Institución o a profesionales en Ciencias Médicas autorizados.
- f. Igual sanción rige respecto del asegurado que se ocupe de labores remuneradas durante el período de incapacidad.
- g. El asegurado activo que viaje dentro o fuera del país sin tener autorización médica se expone a la suspensión del pago del subsidio.

(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)

Ficha

artículo

Artículo 38º. De las ayudas económicas por enfermedad.

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

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

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

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

A los trabajadores independientes se les aplicarán los mismos principios del trabajador asalariado. El monto de la ayuda, cuando se tengan dos o menos cuotas corresponderá a la mitad de la ayuda económica establecida para cuando se tiene de tres a menos de seis cuotas, según el artículo 36 de este Reglamento

(Así reformado por el artículo 1° de la Reforma Reglamentaria aprobada en Sesión N° 7568 del 31 de julio de 2001)

Ficha

artículo

Artículo 39.-**De la obligación de investigar salarios en caso de duda.** Si se dan indicios que permitan presumir la inexactitud del monto de salario o ingreso reportado o algún intento de defraudación a la seguridad social, el funcionario encargado de autorizar el pago, deberá investigar en forma previa la realidad del monto que deba tomarse en cuenta para el cálculo del subsidio.

El incumplimiento injustificado de esta obligación, constituye falta grave para los efectos disciplinarios laborales.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Artículo 40.-**De las licencias por maternidad.** Con motivo de la maternidad, a toda asegurada activa, se le extenderá una licencia por cuatro meses, en un solo documento, que incluye el pre y el posparto, conforme se establece en el artículo 95° del Código de Trabajo, en las leyes generales y especiales aplicables, tanto a nivel institucional como en el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa.

Las complicaciones del embarazo serán consideradas dentro de los riesgos del embarazo y debe protegerse a la madre con incapacidad de acuerdo con el criterio médico; no obstante los casos de abortos no intencionales con menos de veinte (20) semanas de gestación se manejarán como complicaciones del embarazo y serán consideradas dentro de los riesgos de enfermedad y se otorgará una incapacidad de acuerdo con criterio médico. Tratándose de parto prematuro con producto nacido muerto, cuando la gestación haya alcanzado las veinte semanas y sin sobrepasar las treinta y cinco (35) semanas y seis días (6), el período de licencia será equivalente a la mitad del período posparto de la licencia por maternidad, (45 días).

Si la licencia por maternidad se otorga después del parto y posterior a la semana 37 de embarazo, se extenderá por tres meses a partir del nacimiento, salvo normas legales que dispongan plazos menores.

En caso de partos prematuros nacidos vivos, con períodos de gestación mayores a las veinte (20) semanas y menores o igual a las treinta y seis semanas (36) y seis días, la licencia se extenderá por el período completo de cuatro meses.

En aquellos casos de partos múltiples se extenderá un mes adicional de licencia por maternidad, por cada producto vivo adicional, una vez finalizado el período establecido de pre y posparto.

Esta licencia adicional se extenderá en forma mensual, de acuerdo con el número de productos vivos constatados cada vez que se otorgue.

La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor deberá otorgarse por tres (3) meses contados a partir del día inmediato posterior a la fecha de entrega del menor a la madre, de acuerdo con los términos del artículo 95 del Código de Trabajo. En caso de adopciones múltiples se aplicarán los mismos períodos de los partos múltiples.

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

(Así reformado 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)

Ficha

artículo

Artículo 41.-**De la modificación del plazo de licencia.** Si el ser procreado naciere sin vida y el período de gestación es mayor a las treinta y seis (36) semanas la licencia se otorgará por el período completo.

En aquellos casos que el neonato fallezca dentro del período de la licencia otorgada, ésta se mantendrá por el período completo de cuatro meses.

(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)

Ficha

artículo

Artículo 42.-**Del derecho a la licencia por Maternidad.** Para tener derecho a los subsidios en dinero por licencia de maternidad, es necesario que la asegurada activa haya cotizado el mes inmediatamente anterior a la fecha de inicio de la licencia o parto, o seis en los doce meses anteriores al inicio de la licencia o parto. En caso de incapacidad previa, este requisito debe entenderse en relación con el período anterior al inicio de dicha incapacidad.

Si la asegurada no cumple los plazos de calificación indicados se estará a lo que dispone el artículo 38° de este Reglamento.

En caso de las trabajadoras independientes el monto de los subsidios se otorgará de conformidad con el aporte de la trabajadora y el Estado, según 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%".

(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)

Ficha

artículo

Artículo 43.-**De la cuantía del subsidio por licencia.** El subsidio por licencia es igual a tres y un tercio (3 1/3) veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingreso mensual procesados por la Caja, correspondientes a los tres meses anteriores a la licencia o al parto.

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

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

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

Lo establecido en el artículo 37, también, es aplicable a este tipo de subsidio.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

articulo

Artículo 44º. De las obligaciones de las aseguradas con licencia por maternidad.

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

Ficha

articulo

Artículo 45º. Del aborto y sus consecuencias.

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

Ficha

articulo

Artículo 46º. De la simultaneidad de pagos.

No procede el pago simultáneo de subsidios por licencia y subsidios por incapacidad. En caso de que se extendiere licencia e incapacidad en el mismo período, para el pago de subsidios, prevalece la licencia.

Si una incapacidad se inicia dentro del período de la licencia por maternidad excediendo a esta última en su duración, no se rebajarán los tres primeros días.

Ficha

artículo

Artículo 47º. Del suministro de prótesis dentales. *(Derogado mediante sesión N° 9083 del 5 de marzo del 2020)*

Ficha

artículo

Artículo 48º. Del otorgamiento de anteojos.

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

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

Si se presentaren situaciones de fuerza mayor o exceso de demanda, la Caja podrá reconocer una ayuda económica para la compra de anteojos en las ópticas privadas, sin que exceda sus propios costos.

(Así reformado por el artículo 1º de la reforma reglamentaria aprobada en la Sesión Ordinaria N° 7319 del 8 de octubre de

Artículo 49.-**Del pago de traslados.** Este Seguro de Salud financia el pago de una ayuda para traslados al asegurado directo y sus beneficiarios, de acuerdo con las tarifas ordinarias autorizadas oficialmente, para lo cual, además, deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

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

Corresponde a la unidad que genera el gasto, establecer los procedimientos y controles necesarios a fin de que el reporte que justifica el pago de este beneficio, se realice oportuna y correctamente.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Artículo 50.-**De la ayuda para hospedaje.** El pago de este beneficio únicamente procede para el asegurado directo que deba pernoctar en el lugar de atención. Además, deben darse las siguientes condiciones:

a. Que entre el centro del segundo o tercer nivel que brinda la atención y el lugar de adscripción del asegurado, haya una distancia cercana o superior a los 100 kilómetros; el procedimiento para la aplicación de esta normativa deberá ser definido mediante instructivo que emitirán las Gerencias División Administrativa y Financiera.

b. Que la cita médica o fecha de atención haya sido programada en la mañana, antes de las 09:00 horas.

c. Que por motivo del horario de los servicios de transporte, no exista posibilidad de que el asegurado pueda desplazarse oportunamente para asistir puntualmente a la hora de la cita programada, circunstancia que deberá quedar indicada en el documento de pago correspondiente.

La ayuda para hospedaje será equivalente al 30 % de lo que establece el Reglamento de Viaje y Transporte de la Contraloría General de la República para funcionarios públicos.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 51.-**Del beneficio de traslado y hospedaje para el acompañante.** Exclusivamente cuando por razón de orden médico el paciente requiera ser acompañado por otra persona, los beneficios de traslado y ayuda para hospedaje, que correspondan al asegurado serán extensivos al acompañante, independientemente de que sea o no asegurado.

En el expediente de salud deberá quedar constancia escrita de la indicación médica que justifica el pago del traslado para el acompañante.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Artículo 52.-**De la ayuda para gastos de funeral y entierro.** De conformidad con lo estipulado en el inciso d), del artículo 27 de este Reglamento, la Caja concederá una ayuda para gastos de funeral a los parientes o personas que demuestren haber efectuado tales gastos, cuando se trate del fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge, compañero o compañera.

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

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

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

El monto de la ayuda mutual será fijado anualmente por la Junta Directiva, de acuerdo con las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

(La Sala Constitucional mediante resolución N° 5594 del 02 de mayo de 2012 declaró con lugar la acción de inconstitucionalidad interpuesta contra este artículo "por omitir como beneficiaria, cuando fallezcan hijos menores de edad, a las mujeres aseguradas directas que tengan la condición de madres solas, jefas de hogar y único sostén económico de su núcleo familiar.")

Artículo 53º. De la atención de trabajadores con patrono moroso.

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

Artículo 54º. De la negativa patronal para llenar formularios de subsidios.

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

Artículo 55º. De las prestaciones sociales.

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

- a. Fomento de la participación social
- b. Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionadas con la atención integral de la salud.

- c. Derechos durante la cesantía.

- d. Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad implique riesgos humanos.

- e. Pago al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad.

(Así reformado el inciso anterior mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 56º. De la atención a grupos vulnerables.

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

Ficha

artículo

Artículo 57º. De la participación social.

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

Ficha

artículo

Artículo 58º. De la continuidad de derechos.

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

- a. Suspensión legal de los contratos de trabajo.

- b. Suspensión de los contratos por huelga legal.

- c. Incapacidad otorgada por médicos del I.N.S., siempre que la solicitud de atención obedezca a una enfermedad común.

- d. Durante el tiempo en que por naturaleza de la enfermedad, sea indispensable la continuación del tratamiento, para evitar un riesgo social mayor.

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

Ficha

artículo

Artículo 59º. Del pago de cuotas durante la licencia.

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

Ficha

articulo

Artículo 60.-**De la conservación de los derechos.** La conservación de derechos en este Seguro, se rige por las siguientes reglas:

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

b. También conservarán los derechos aquí señalados, por igual período, los familiares del asegurado voluntario que fallece.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

articulo

Artículo 61º-De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento. En caso de usuarios sin modalidad de aseguramiento. cuando la atención sea urgente. serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad

económica. entendiéndose que el pago podrá hacerse. en esta hipótesis. después de recibir la atención médica.

Si el usuario se presenta sin su documento de identidad. será atendido si se trata de urgencia o de emergencia. **si dentro de los tres días posteriores a la fecha en que concluyó la primera atención médica, no presenta documento de identidad. el servicio le será facturado y cobrado por las vías que fueren pertinentes.**

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

Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda.

(Así reformado en sesión N° 8881 del 22 de diciembre de 2016)

Ficha

artículo

CAPÍTULO IV

Financiamiento

Artículo 62.-De las contribuciones

Las contribuciones al Seguro de Salud serán las siguientes:

1. Sector asalariado.

a) Trabajadores: 5.50% de sus salarios.

b) Patronos: 9.25% de los salarios de sus trabajadores.

c) Estado como tal: 0,25% de los salarios de todos los trabajadores del país.

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

2. Sector pensionados.

Pensionados: 5.00% del monto de sus pensiones.

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

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

3. Asegurados voluntarios

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

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

Asimismo, y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo, es decir, sobre la totalidad de los ingresos de referencia sobre los cuales se cotiza, en su condición de Estado como

Tal.

4. Asegurados a cargo del Estado

La contribución para financiar el aseguramiento de esta población y la cubierta por el Estado por diversas leyes como Código de la Niñez y la Adolescencia, Internos en Centros Penales y otras Leyes Especiales existentes más las que a futuro llegaren a crearse, se determinará de conformidad con los cálculos realizados por la Dirección Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Además, el aporte del Estado como Tal de 0,25% se aplicará sobre toda la masa cotizante (totalidad de los ingresos de referencia sobre los cuales se calcula la cotización), derivada de las poblaciones de asegurados a cargo del Estado, Internos en Centros Penales y la cubierta por el Código de la Niñez y la Adolescencia y otras Leyes Especiales existentes más las que a futuro llegaren a crearse.

5. Trabajadores independientes.

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

Asimismo, y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo, es decir, sobre la totalidad de los ingresos de referencia sobre los cuales se cotiza, en su condición de Estado como Tal.

(Así reformado mediante sesión N° 9134 del 22 de octubre de 2020)

Ficha

artículo

Artículo 63.-**De la cotización mínima.** El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente.

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

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

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

En el caso del trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por decreto ejecutivo, son inferiores al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se establecerá dentro de este último.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

CAPÍTULO V

Administración

Artículo 64.-**De las exclusiones y devoluciones de cuotas.** Si por error se hubiere admitido algún empadronamiento o inclusión impropia de trabajadores asalariados o independientes en

planillas, dentro de los correspondientes plazos prescriptivos, la Caja excluirá de oficio o por petición de parte, y procederá a la devolución de las cuotas respectivas, previa compensación de todos los servicios que le hubiere prestado al asegurado activo o a sus familiares.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 65.-**De la gestión y trámite de las devoluciones.** En caso de que la devolución sea gestionada por la parte interesada, en un plazo que no exceda los tres años, la Caja resolverá el reclamo previo estudio de inspección y cumplimiento de los requisitos establecidos.

La gestión de exclusión por sí misma, no libera al patrono o al trabajador independiente de su obligación de seguir cotizando mientras ella se tramita.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 66.-De las obligaciones de los patronos y los trabajadores independientes.

1. Son obligaciones de los patronos:

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

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

Los patronos físicos deben presentar original de la cédula de identidad o documento de identificación migratorio vigente, según corresponda.

a.1.1) Suministrar por los medios que establezca la Caja, la información para determinar el monto de las cuotas respectivas de cada trabajador y aportar la fotocopia de la cédula de identidad o documento de identidad migratorio, según corresponda.

a.2.) Si se trata de personas jurídicas, además de los datos que le sean aplicables según el inciso anterior, deben presentar certificación de la personería jurídica, salvo que, la información contenida en la personería pueda ser verificada directamente por la Caja, sea por convenios interinstitucionales para su consulta u otra herramienta tecnológica disponible para acceder a dicha información.

Los patronos jurídicos deben presentar original de la cédula de identidad o documento de identidad migratorio vigente del representante legal, según corresponda, o en su defecto el documento idóneo y de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 del Ley General de la Administración Pública.

Para realizar cualquier solicitud o trámite ante la Caja, la persona jurídica debe encontrarse vigente.

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

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

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

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

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

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

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

Pasada la fecha máxima de pago, el patrono deberá cancelar los intereses y recargos que señala este Reglamento.

2. Son obligaciones de los trabajadores independientes:

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

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

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

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

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

e. Pagar en los plazos establecidos y en la forma que disponga la administración, las cuotas respectivas. Pasada la fecha máxima de pago, el trabajador independiente deberá cancelar los intereses legalmente establecidos en el artículo 49 de la Ley Constitutiva de la Caja (interés legal establecido en el artículo 1163 del Código Civil). (Así reformado el inciso anterior mediante sesión N° 8140 del 22 de marzo de 2007).

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

Para acceder a los servicios de salud, los trabajadores independientes deberán cumplir con los requisitos formales para recibir servicios de salud según se indica más adelante.

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

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

(Así reformado mediante sesión N° 9130 del 1° de octubre de 2020)

Ficha

artículo

Artículo 66 bis.-Inscripción patronal. La información suministrada para la inscripción patronal según lo dispuesto en el artículo 66 del presente Reglamento tendrá carácter de declaración jurada por parte del patrono o su representante legal, el registro podrá ser a través de canales virtuales, presenciales en el nivel central y sucursales de la Caja, o aquellos otros que facilite la Caja para estos fines.

El correo electrónico aportado por el patrono en su inscripción será utilizado para futuras comunicaciones por parte de la Caja.

Una vez cumplidos los requisitos se procederá con la inscripción inmediata del patrono, seguidamente, el Servicio de Inspección revisará las inscripciones patronales otorgadas a fin de elaborar la primera planilla, para lo cual contará con un término de diez días hábiles. Verificación posterior a la inscripción patronal:

1) Si de la revisión efectuada por el Servicio de Inspección se determinare que la información suministrada en la inscripción patronal es concordante con la realidad, se procederá a emitir el correspondiente informe y a elaborar la primera planilla de inclusión de los trabajadores ante la Caja, quienes tendrán derecho al acceso a los servicios y beneficios que otorgan los Regímenes de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte, en tanto se cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en los respectivos cuerpos normativos.

2) Si de la revisión efectuada por el Servicio de Inspección se determinare que la información suministrada de la inscripción patronal no es concordante con la realidad, suspenderá la inscripción mediante informe de inspección, contra el cual cabrá el recurso de revocatoria y apelación según lo establecido en el artículo 55 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y la reglamentación de los procedimientos de Inspección.

La inscripción será tramitada sin el registro patronal inmediato en cualquiera de las siguientes situaciones excepcionales: si se le ha rechazado la condición patronal en los seis meses anteriores; si el representante legal del patrono que gestiona la inscripción es también representante de otras personas jurídicas morosas con la Caja; y cuando el representante legal es el único trabajador que se pretende reportar.

Las inscripciones patronales originadas por la labor oficiosa o compulsiva del Servicio de Inspección se registrarán por lo dispuesto en la reglamentación de los procedimientos de Inspección.

(Así adicionado en sesión N° 9190 del 29 de junio de 2021)

Artículo 67º. Del cambio en la fecha por días feriados y de asueto.

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

Ficha

artículo

Artículo 68.-**Del cumplimiento de los salarios mínimos.** Cuando los salarios o ingresos consignados a los trabajadores asalariados o independientes en planillas sean inferiores a los que señale el decreto de salarios mínimos vigente, la aceptación de las planillas por parte de la Caja no libera al patrono o trabajador independiente de su obligación de ajustar las cuotas correspondientes al monto de los salarios o ingresos reales devengados.

Es entendido que, en todo caso, la cotización mínima por pagar será la que señale el artículo 63 de este Reglamento.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 69º. Obligaciones del patrono moroso.

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

Artículo 70.-Del pago de intereses y recargos. Los patronos y los trabajadores independientes que no paguen las cuotas dentro de los plazos que establece la Institución estarán obligados al pago de intereses moratorios conforme a lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley Constitutiva de la Caja (interés legal establecido en el artículo 1163 del Código Civil).

Adicionalmente, aplican recargos según los siguientes incumplimientos:

- a. Por presentación tardía de las planillas: 2% del monto total de las cuotas obrero-patronales.
- b. Por omisión o falsedad de los datos identificativos de los trabajadores: un 2% del salario en cada caso que se omita esa información.

Lo anterior sin perjuicio de la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 44 y siguientes de la Ley Constitutiva de la Caja .

(Así reformado mediante sesión N°8140 del 22 de marzo del 2007).

Artículo 71.-**De la facturación de oficio de las planillas.** Si el patrono o el trabajador independiente no cumplen con la presentación oportuna de sus planillas o reporte de ingresos, la Caja, procederá a su levantamiento de oficio, sin perjuicio de las sanciones que determina la Ley Constitutiva.

Cuando las planillas fueren facturadas de oficio por no presentación oportuna de la información a la Caja, se presumirán ciertos los datos que correspondan a la última planilla presentada, salvo prueba en contrario.

Cuando se presuma que la no presentación de la planilla es maliciosa o fraudulenta, la Caja queda facultada para realizar cualquier investigación tendiente a determinar la realidad de las relaciones obrero-patronales y de los salarios pagados.

Previo análisis de las áreas competentes, podrá exonerarse del trámite de presentación de la planilla, al patrono que además de estar al día en el pago de sus cuotas, no tiene cambios que reportar (ingreso o salida de trabajadores, variación de salarios, permisos y licencias e incapacidades, entre otros).

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 72º. De la responsabilidad patronal por el no aseguramiento.

Los patronos responderán integralmente por todas las prestaciones que este Reglamento otorga a los asalariados, cuando no hayan asegurado oportunamente a sus trabajadores o cuando ellos no hayan completado los plazos de espera. Al respecto, los centros asistenciales deberán gestionar directamente el cobro de los servicios otorgados.

Ficha

artículo

ARTÍCULO 73°: Del cobro de servicios por atención de riesgos excluidos. Cuando los establecimientos de salud de la Caja prestaren atenciones en casos de siniestros cuyos lesionados están cubiertos por pólizas de riesgos excluidos de las coberturas del seguro de salud, conforme lo establecido en el artículo 16° del presente reglamento, deberán desplegarse en concordancia con lo establecido en el artículo 73°, párrafo tercero de la Constitución Política, todas las acciones necesarias para la recuperación de los recursos del Seguro de Salud invertidos en la prestación de tales atenciones. Corresponde a la Dirección de Cobros de la Gerencia Financiera el ejercicio de las acciones de Cobro Administrativo y Judicial que resulten necesarias.

(Así reformado por el artículo 40 del Reglamento de Riesgo Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social y Reforma Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, y aprobado en sesión N° 2015 del 22 de octubre del 2015)

Ficha

artículo

Artículo 74° De los requisitos formales para recibir servicios de salud. Para acceder a los servicios de salud, las personas usuarias deberán presentar el documento de identidad de la siguiente forma:

. **Persona costarricense mayor de edad:** Presentar la cédula de identidad vigente y en buen estado.

. **Persona extranjera mayor de edad:** Presentar DIMEX (incluye las categorías de Solicitante de Refugio y Permiso Laboral) o Pasaporte vigente y en buen estado, según corresponda. En el caso de la persona extranjera cubierta por medio de algún convenio suscrito por parte de la Institución, deberá presentar el documento de identificación dispuesto para tales efectos, así mismo, tomar en consideración todas aquellas regulaciones suscritas por parte de la CAJA y el marco jurídico vigente para la identificación de personas extranjeras.

. Cuando la persona extranjera esté en proceso de regularización y su documento de identidad se encuentre vencido, deberá presentar adicionalmente, resolución de aprobación de residencia, "Previo a la Caja" o categoría especial, las anteriores extendidas por la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), en el tanto no se cuente con los medios tecnológicos para la verificación de forma directa con la DGME.

. **Personas menores de edad:** sin distingo de nacionalidad, se verificará la identidad de esta población de acuerdo con los datos disponibles en el sistema de información o entrevista a la persona usuaria, padres,

tutores o encargados, conforme a lo estipulado en la Ley N° 7739 Código de la niñez y la adolescencia.

. Lo anterior, sin menos cabo de que la Institución podrá disponer de otros mecanismos tecnológicos para corroborar la identidad de la persona usuaria como lo es la incorporación de registros biométricos, entre otros que considere pertinentes.

Además, la CAJA deberá verificar a través de los medios que disponga para tal fin, que la persona usuaria cuente con una modalidad de aseguramiento o protección por medio de Ley o convenio.

Cualquier disposición que se oponga a lo aquí normado, se tendrá por modificada en lo conducente". **(Así reformado en el artículo 37° de la sesión número 9090 del 02 de abril del año 2020).**

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Ficha

artículo

CAPITULO VI

Derechos y deberes de los usuarios

Artículo 75.—De los derechos de los asegurados

Los asegurados tiene derecho a:

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

- b) Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente por cualquier medio, de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe serle suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de su experiencia.
- c) Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en el expediente clínico.
- d) Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico.
- e) Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.
- f) Que se respete el derecho a la imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso.
- g) Tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.
- h) Conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento.
- i) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, su participación como sujeto pasivo en investigaciones clínicas o terapéuticas.
- j) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, ser sometido a cualquier tipo de diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza.
- k) Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, y si se somete a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada. Únicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de tales tratamientos. Los pacientes podrán autorizar su aplicación así como desautorizarla en cualquier

momento, a su mayor conveniencia. El consentimiento siempre debe quedar constando por escrito.

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

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

n) Conocer la organización y funcionamiento general del centro de salud, mediante información escrita que se le entregará en el momento de su ingreso. ñ) Esperar una atención continua, y a recibir información sobre sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento, de acuerdo con los recursos institucionales, sobre como cuidar personalmente su salud.

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

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

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

Ficha

artículo

Artículo 76º. De los derechos de la mujer embarazada.

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

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

- b. Recibir cursos de preparación para el parto.

- c. Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo.
- d. Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.
- e. Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite, y alimentarlo según las posibilidades y necesidades de ambos.
- f. Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico.

Ficha

artículo

Artículo 77º. De los derechos del niño.

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

- a. Estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituyan, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, participando activamente en la vida hospitalaria.
- b. Recibir el tratamiento, la educación y la asistencia especiales que requiera su estado particular, en el caso que experimente una invalidez física, mental o social.
- c. Disponer de todas las oportunidades de juego y de recreo que se dirigirán para las mismas finalidades que la educación. La sociedad y las autoridades públicas harán todo lo necesario para fomentar el disfrute de este derecho.
- d. Recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al

tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

- e. A una recepción y seguimiento individual, destinándose en la medida de lo posible las mismas enfermeras y auxiliares para dicha recepción.
- f. A contactar con su padre o con la persona que lo sustituya, en i momentos de tensión, disponiendo a tal efecto de los medios adecuados.
- g. Disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades de cuidados, educación y juegos de acuerdo con las normas de seguridad.
- h. Proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y beneficiarse de las enseñanzas y material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, siempre que no suponga obstáculos o perjuicio en su tratamiento.
- i. Disponer durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- j. Disponer de la Libreta del Niño como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y el resto de datos de importancia para su salud.

Ficha

artículo

Artículo 78º. De las obligaciones y responsabilidades de los asegurados.

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

- a. Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.
- b. Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los

otros pacientes y sus acompañantes.

- c. Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.
- d. Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.
- e. Seguir el plan de tratamiento aceptado por él, y a cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.
- f. Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.
- g. Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.
- h. Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.
- i. Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.

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

Ficha

artículo

CAPÍTULO VII

Disposiciones Especiales.

Artículo 79.-**De la suscripción de convenios.** La Caja podrá suscribir convenios con instituciones de seguridad social o de atención de la salud de otros países, para la atención médica recíproca de los afiliados de uno u otro organismo, que transitoriamente se desplacen a otro país.

De igual forma, podrá establecer convenios con otras entidades para la prestación o adquisición de bienes y servicios que coadyuven a la gestión institucional. Adicionalmente, queda facultada para suscribir convenios de aseguramiento y pago colectivo de cotizaciones, sea con organizaciones o grupos de trabajadores que laboren en forma independiente o bien se trate de asegurados voluntarios.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Ficha

artículo

Artículo 80º. De la aplicación extensiva de otras normas.

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

Ficha

artículo

Artículo 81º. De la prescripción de los beneficios.

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

Artículo 82° De las derogatorias. El presente Reglamento deja sin efecto el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, del 1° de setiembre de 1942, aprobado en la sesión 66, artículo 2°, del 1° de setiembre de 1942, el Reglamento de traslado de Hospedajes aprobado en el artículo 2° de la sesión 1163 celebrada el 17 de diciembre de 1952, el Reglamento sobre Afiliación de Patronos y Trabajadores aprobado en el artículo 13° de la sesión 3767, celebrada el 27 de febrero de 1968, el Reglamento del Fondo Nacional de Mutualidad, aprobado en las sesiones 6077, 6078 y 6080 del 11, 15 y 18 de diciembre de 1986, respectivamente, el Reglamento para la Concesión de Accesorios y Prótesis Médicas, vigente a partir del 14 de febrero de 1991, el Reglamento para la Concesión de Ayuda Económica para Libre Elección Médica y sus correspondientes reformas, el Manual de Adscripción y Beneficio Familiar aprobado por las Gerencias Médica y Financiera el 24 de octubre del 2014 según lineamiento GM-45.786- 14 GF-41.425, así como cualquier otra norma de igual o inferior rango que se le oponga.

(Así reformado mediante sesión N° 9090 del 2 de abril del 2020 y corregido mediante Fe de Erratas y publicada en el Alcance Digital N° 212 a La Gaceta N° 199 del 11 de agosto del 2020, página N° 42)

Transitorio único

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

Para estos efectos las Gerencias de División deberán informar a la Junta Directiva, con un plazo no menor de quince días de anticipación, la fecha que entrarán en vigencia esas disposiciones procedimentales.

(Así reformado mediante sesión N°8061 del 30 de mayo del 2006).

Rige a partir del 1° de enero de 1997.

San José, 17 de diciembre de 1996.

Ficha articulo