



Colegio de Abogados de Costa Rica
Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento
Seguro Colectivo de Gastos Médicos Plan 16 del INS
Montos: € 5 y € 10 Millones por persona
Doc. Informativo No. V 1, Actualización 26/01/2017



Como parte del sistema integral del **RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS**, se han suscrito con el INS cuatro pólizas de Gastos Médicos Colectivos Plan 16 con diferentes modalidades de pago para mayor facilidad del colegiado. Así el colegiado puede adquirir este seguro para él y su familia en forma colectiva, **a precios muy ventajosos y servicios en las instalaciones del Colegio**. Todos los trámites pertinentes se deberán coordinar con la OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS. A continuación se expone un resumen de los alcances de este seguro (Ver contrato y demás en sitio web del Colegio www.abogados.or.cr, DOC. V-001 y V-003).

1. COBERTURAS GENERALES (Ver al final Cuadro Montos de Cobertura)

- A. Cubre las consultas médicas, medicinas y servicios de laboratorio **fuera de hospital** y a causa distinta de embarazo, hasta por el **10% de la suma asegurada** por persona en el año póliza (€500.000.00 para la de €5 millones y €1.000.000.00 para la de €10 millones).
- B. Cubre servicios de **hospitalización**, cirugía hospitalaria y ambulatoria, atención médica a causa del embarazo para la asegurada directa o cónyuge (si fue incluida en la póliza y hasta por el tope de cobertura en maternidad) del asegurado directo, cuidados de enfermería en el hogar, terapias especiales, rehabilitación hospitalaria, aparatos de apoyo y otros hasta por el **90 % del monto asegurado** (€4.500.000.00 para la de €5 millones y €9.000.000.00 para la de €10 millones por persona en el año póliza).
- C. Cobertura de póliza de vida por el **40% del monto asegurado** por persona asegurada, con cobertura hasta los 75 años.

2. GASTOS CUBIERTOS

2.1. Consultas médicas, a causa distinta de embarazo, Medicamentos y servicios de laboratorio fuera de hospital, prescritos por un profesional médico, a causa distinta de embarazo, Servicios de hospitalización:

2.2. Otros servicios:

- Uso de sala de operaciones, sala de parto y sala de recuperación.
- Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
- Medicamentos, anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
- Exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, indicada de acuerdo con el padecimiento.
- Administración de sangre y sus derivados.

2.3. Servicios de cirugía hospitalaria y ambulatoria: Cubre los gastos por procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo con el diagnóstico, dentro de lo que se incluyen los servicios de cirujano, asistente (s) y anestesista, con base **en el costo razonable y acostumbrado del mercado costarricense**.

2.4. Atención médica a causa de embarazo (gestación y parto): Ampara únicamente a la asegurada directa o cónyuge del suscriptor si está incluida en la póliza, un año después de haber suscrito la póliza. El monto máximo a reconocer es de € 500.000.00 en la póliza de € 5 millones y € 700.000.00 en la de € 10 millones.

2.4.1. Durante el embarazo y en caso de complicación posterior al embarazo le cubre: Un máximo de una consulta mensual, Medicamentos y servicios de laboratorio fuera de hospital prescrito por el médico tratante. Un máximo de tres ultrasonidos (el tercero deberá estar sujeto a justificación).

2.4.2. Durante la atención fase terminal (Parto): Servicios de cirujano u obstetra, asistente (s) y anestesista, además la primera consulta de neonatólogo inmediatamente post-parto.

2.5. Cuidados de enfermería en el hogar, Terapias especiales, Rehabilitación hospitalaria o ambulatoria, Aparatos de apoyo al tratamiento o a la incapacidad física (máximo un 10% de la suma asegurada), Transporte de ambulancia.

2.6. Si el procedimiento Médico Quirúrgico no se efectúa en Costa Rica, el deducible será de un 40%, pero si se efectúa en el extranjero por que en Costa Rica no se realiza tal procedimiento entonces el deducible será un 30%

3. GASTOS NO CUBIERTOS

3.1. La automedicación, Cirugía estética, excepto la reconstructiva para corregir lesiones cubiertas por el Contrato, Enfermedades preexistentes a la firma del contrato, Gastos relacionados con esterilización, métodos anticonceptivos, procreación artificial o cambio de sexo, embarazo de hijas del asegurado (a), Trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, estrés, fatiga, histeria y similares; salvo que sean consecuencia de un accidente cubierto por el Contrato, Tratamientos odontológicos, salvo la curación necesaria si es derivado de un accidente cubierto por el contrato. Trastornos generalizados del desarrollo. Gastos por concepto de sangre y plasma.

3.2. Prótesis o piezas dentales, aparatos auditivos, anteojos, lentes de contacto, Enfermedades venéreas de todo tipo, SIDA y sus consecuencias directas o indirectas, Chequeos médicos de rutina, reconstituyentes y vacunas, Tratamientos por alcoholismo y drogas, Gastos por enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo el contrato de seguros, tratamientos o complicaciones derivados de: Gastos por pre-menopausia y Menopausia o climaterio; dermatitis atópica, acné y pie plano, cefaleas, alopecia y obesidad, uso de epidural en partos normales, Mamoplastía de reducción, Tratamientos de estrógeno. Trastornos de refracción visual, tratamientos del sobrepeso u obesidad, Geno Valgu y Geno Varo.

4. LIMITACION DE PRIMER AÑO (período de carencia)

Durante el primer año póliza, o un año a partir de la inclusión del asegurado en la póliza, **no se cubrirán los siguientes casos:** Trastornos rino-amigdalinos, Trastornos que involucren órganos genitales femeninos, Hernias inguinales o abdominales o cualquier tipo de eventración que se produzca en la pared abdominal, Fístulas del ano, grietas del ano, hemorroides, várices, varicocele, Gastos por donaciones de órganos, Gastos relacionados con embarazo o parto, Asma, hernias discales, insuficiencia venosa, tumoración mamaria, Tratamientos o complicaciones derivadas de la próstata, Tratamientos que involucren vías respiratorias altas o superiores, Osteoporosis, Litiasis vesicular y/o de la vía biliar, litiasis del sistema urinario, cataratas o glaucomas. Enfermedades de la Tiroides.

5. FUNCIONAMIENTO DE LA POLIZA

5.1. Monto del Seguro: El monto de cobertura es el que contrate el asegurado y opera por persona por año póliza (del 01 de enero al 31 de diciembre). El monto de la cobertura se **reinstala anualmente** indistintamente de enfermedades, padecimientos y otros eventos sucedidos en años anteriores, siempre y cuando hubiesen estado cubiertos por la póliza.

5.2. Uso de la póliza por lista de proveedores y autorizaciones: Existe un grupo de Proveedores Afiliados (médicos, farmacias, laboratorios, clínicas) que brindarán los servicios a los asegurados, con la presentación de la tarjeta de identificación del seguro. La tarjeta de identificación, para pago por proveedor, se utilizará cuando se requiera atención médica hospitalaria y / o quirúrgica, accidentes, emergencias médicas, terapias y exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor; tramitándose ante el INS los demás gastos por reembolso como se indica en el punto 5.3.

El sistema de proveedores funciona "en cadena". Es decir un médico proveedor remite exámenes, medicamentos u otros que será suplido por otros proveedores del sistema. Los proveedores están clasificados de la siguiente manera:

TIPO DE PROVEEDOR	COASEGURO A APLICAR
Proveedor tipo A	20%
Proveedor tipo B	25%
Fuera de la red de proveedores	30%

(Coaseguro: porcentaje de los gastos, objeto de la cobertura, que le corresponde asumir al asegurado)

En la atención médica hospitalaria, quirúrgica, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y / o medicina del dolor, el asegurado debe llenar el formulario de pre-autorización, y enviarlo al departamento de Accidentes y Salud del INS – fax 2243-9981 con 5 días de anticipación. Recibirá el servicio del proveedor una vez que el INS autorice la gestión. Este formulario lo puede solicitar al proveedor, a nuestra oficina o al INS directamente. También en el sitio web del colegio, sección Seguridad Social.

5.3. Uso de la póliza por el sistema de reembolso: El asegurado podrá elegir proveedores que no estén registrados en el INS, o fuera del país, sin embargo el pago será por reembolso, en cuyo caso el trámite será el siguiente: el asegurado cubre los gastos y posteriormente presenta al INS la "Solicitud de Beneficios" (por cada médico que brindó servicios) acompañada de las facturas originales de los gastos, detalle de pagos, prescripciones médicas respectivas; en un plazo no mayor de 60 días naturales, después del primer gasto. Todo gasto no tipificado como emergencia, aun siendo brindado por proveedores aplicará por reembolso. El plazo de atención y liquidación de reclamos (por parte del INS) en reembolso tarda alrededor de 15 días hábiles a partir de la fecha de presentación de los documentos en nuestra Oficina.

5.4. Uso de la póliza fuera de Costa Rica: En caso de gastos fuera de Costa Rica, el trámite es estrictamente por reembolso. En estos casos, el asegurado deberá aportar: certificado del médico tratante con la **epicrisis** (diagnóstico médico, evolución, tratamiento, exámenes y medicamentos remitidos y otros datos médicos). Cuando los gastos se efectúen fuera de Costa Rica, la suma a reconocer por cualquier gasto de hospitalización, será la suma más alta que se reconozca en Costa Rica, para casos similares, a la fecha en que se incurra en tales gastos. Leer punto 2.6 de este documento. En caso de reclamos fuera del país en otros idiomas distintos al español e inglés, el asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación.

5.5. Deducibles: Dependen del tipo de proveedor. Ver Tabla de Estándares de Remuneración anexa a este documento. Para cada tipo de servicio médico hay un deducible específico, sin embargo este por lo general no es mayor del 30 % del valor o costo del servicio; excepto aquellos rubros que se pagan por montos fijos. En algunos servicios no se aplican deducibles. En el caso de procedimientos médico quirúrgicos, y algunos exámenes específicos, el monto máximo a cubrir es según se indica en el punto.

5.6. Inclusión de recién nacidos: Deberá llenarse una nueva solicitud para el nuevo miembro del núcleo familiar. La inclusión se acepta a partir de los 30 días de nacido.

5.7 Emisión de la Póliza e inicio de Cobertura: La aceptación del seguro NO ES AUTOMÁTICA. La cobertura o efectividad de la póliza será a partir de la fecha de aceptación que indique el recibo de emisión del seguro, y una vez que el asegurado haya pagado la prima correspondiente. Todo cambio de forma de pago o variación de monto asegurado, regirán sólo a partir del primero de enero de cada año

6. PAGO DE LA POLIZA

Los pagos de renovación de la póliza serán recordados por esta Oficina con 2-3 semanas de anticipación con base en la información que suministra el asegurado y deberán hacerse conforme los medios y formas de pago que se indiquen en el aviso de cobro correspondiente. **El pago del seguro es responsabilidad exclusiva del asegurado.**

Solicitamos con mucho respeto y vehemencia INFORMAR A NUESTRA OFICINA cualquier cambio en dirección, teléfonos, correo y datos afines, a efectos de poder remitirles oportunamente los avisos de cobro e información pertinente. De lo contrario se nos dificulta o imposibilita dicha labor.

7. OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO DEL COLEGIO

Esta oficina presta todos los servicios relacionados con el RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO del Colegio de Abogados y los trámites de aseguramiento en todas las líneas de seguros del INS. La oficina está a cargo de los Agentes de Seguros del INS, Dr. Hugo Quesada M., Ing. Ana Erika Oses C., Licda. Eriant Quesada O. y Licda. Ana Quesada Oses, Licencias SUGESE: 08-1519, 08-1487, 13-2578 y 15-2928, Telefax: 2280-7775, 2234-6202, Central del Colegio: 2202-3600 y 2202-3635. E-mail: insabogados@abogados.or.cr. Sitio web del Colegio: www.abogados.or.cr

Tarifas Pólizas Colectivas Plan 16 de Gastos Médicos (vigentes para el año 2017)

Edad	¢ 5.000.000				¢ 10.000.000		
	Hombres		Mujeres		Edad	Hombres	Mujeres
	Semestral	Trimestral	Semestral	Trimestral		Semestral	Semestral
0-18	124.237	63.844	124.237	63.844	0-18	183.609	183.609
19-25	105.546	54.239	65.967	33.899	19-25	134.135	80.260
19-25 (Dependientes)	105.546	54.239	362.821	186.449	19-25 (Dependientes)	134.135	499.153
26-29	112.145	57.630	336.432	172.888	26-29	145.129	463.969
30-34	127.537	65.539	295.754	151.985	30-34	163.819	401.301
35-39	151.724	77.969	246.277	126.559	35-39	194.603	325.438
40-44	168.218	86.445	200.102	102.830	40-44	218.790	258.372
45-49	209.997	107.915	189.109	97.181	45-49	274.863	240.780
50-54	249.576	128.254	222.090	114.129	50-54	339.731	284.760
55-59	300.153	154.245	252.876	129.950	55-59	418.893	330.935
60-64	395.804	203.399	304.547	156.503	60-64	569.519	407.896
65-69	520.042	267.243	371.617	190.969	65-69	774.016	515.643
70-75	744.332	382.504	500.252	257.074	70-75	1.157.725	716.845
Incluido antes 76	1.069.561	549.635	1.113.454	572.191	Incluido antes 76	1.871.732	1.948.545
Incluido después 76	1.734.890	891.540	1.564.601	804.031	Incluido después 76	3.036.058	2.738.052

Suma Asegurada	¢5, 000,000.00	¢10, 000,000.00
Fuera de Hospital	¢500.000.00	¢1.000.000.00
Dentro de Hospital	¢4.500.000.00	¢9.000.000.00
Maternidad	¢500.000.00	¢700.000.00
Póliza de Vida	¢2.000.000.00	¢4.000.000.00

Las tarifas varían anualmente en función del rango de edad del asegurado e incrementos tarifarios ordinarios. Las tarifas son revisadas por el INS cada año. **El presente documento NO ES UN CONTRATO, es información general.** El Contrato de este seguro y la información conexas la puede encontrar en el sitio web del Colegio www.abogados.or.cr sección "seguridad social" Doc. V-003 y en el sitio del INS www.ins-cr.com.

TABLA DE ESTÁNDARES DE REMUNERACIÓN (DEDUCIBLES)
POLIZA GASTOS MEDICOS DEL INS-PLAN 16, DE ₡ 5 Y ₡ 10 MILLONES
 Vigente 2017

BENEFICIOS CUBIERTOS	COASEGURO %		
	PROVEEDOR TIPO A	PROVEEDOR TIPO B	PROVEEDOR R NO AFILIADO
COBERTURA A : Gastos fuera de Hospital a causa distinta de embarazo. (a)			
Consulta Médica:			
Médico General	20	25	30
Médico Especialista	20	25	30
2. Medicamentos fuera de Hospital	20	25	30
3. Servicios de Laboratorio fuera de Hospital	20	25	30
4. Exámenes de diagnóstico fuera de Hospital	20	25	30
COBERTURA B : Gastos dentro de Hospital, Embarazo y Parto (a)			
Servicio de Hospitalización:			
Durante los primeros treinta (30) días consecutivos registrados en forma continua como paciente de cama	20	25	30
Exceso de los primeros treinta (30) días consecutivos registrados en forma continua como paciente de cama	0	0	0
Gastos de Hospital fuera de territorio costarricense (b)	30 ó 40	30 ó 40	30 ó 40
Gastos de Hospital en Costa Rica.	20	25	30
Medicamentos	20	25	30
Cirugía Ambulatoria y Hospitalaria	20	25	30
Atención Médica a causa de Embarazo: (c)			
Durante el Embarazo			
Consulta Médica	20	25	30
Medicamentos	20	25	30
Servicios de Laboratorio fuera de Hospital:			
Ultrasonido	20	25	30
Otros	20	25	30
3.2 Atención al final del embarazo	20	25	30
Servicios de Laboratorio dentro de Hospital:			
Servicios de laboratorio	20	25	30
Ultrasonido y otras pruebas diagnósticas	20	25	30
Cuidados de Enfermería en el Hogar	20	25	30
Terapias Especiales	20	25	30
Exámenes Especiales	20	25	30
Rehabilitación Hospitalaria y Ambulatoria	20	25	30
Aparatos de Apoyo a la Incapacidad	20	25	30
Transporte Terrestre en Ambulancia	20	25	30

- (a) : La participación que se aplicará a la tarifa establecida de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado redondeado a los ₡0,50 más cercanos.
- (b) : Si el procedimiento médico quirúrgico no se efectúa en Costa Rica, la participación será de un 40, pero si se efectúa en el extranjero porque en Costa Rica no se realiza tal procedimiento, la participación será de un 30%.
- (c) : Sujeto a los límites establecidos por embarazo en las condiciones del contrato.