

RESUMEN REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL 2025

COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

PARTE 1-B: BENEFICIO SEGURO DE GASTOS MEDICOS BASICO

(Documento Informativo No. RR-01-B; actualizado a partir de 01/01/2025)

Muy estimadas/os agremiadas y agremiados del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica.

En esta **PARTE RR-1-B** (o segunda parte) se aborda el beneficio del **SEGURO DE GASTOS MEDICOS BASICO, PÓLIZA COLECTIVA GASTOS MÉDICOS FLEXIBLE No. GFG-050 DEL INS**. **Es determinante estar al día en la colegiatura para ser cubierto por la póliza**. Detallamos.

Los aspectos que a continuación **se resumen**, están descritos ampliamente en los **siguientes documentos** en la **WEB DEL COLEGIO www.abogados.or.cr** /**servicios/Régimen Seguridad Social**, en adelante “la web” como fuente oficial documental de estos contratos:

- **Resumen General Régimen Seguridad Social Parte RR-01-B (este documento)** ; **RR-02 Procedimiento Reclamo de gastos médicos**; **RR-03-A Condiciones Generales contrato gastos médicos GFG-050**; **RR-03-B Condiciones Particulares del contrato póliza GFG-050**; **RR-03-C Esquema de coberturas Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. GFG-050**; **RR-03-D Anexo 1. Coberturas seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. GFG-050** ; **RR-03-E Anexo 2. Exclusiones Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. GFG-050** ; **RR-03-F Anexo 3. Guía utilización Seguro Colectivo Gastos Médicos Flexible No. GFG-050** ; **RR-03-G Lista RED DE PROVEEDORES MEDICOS del INS**; **Doc. F-05 Solicitud de Beneficios para reclamos de gastos médicos**. También puede solicitarlos a nuestro correo abajo indicado o, en nuestra Oficina en el Colegio. De seguido un RESUMEN del seguro:

1. Monto asegurado anual contratado, personas sujetas de cobertura y vigencia. El monto asegurado por agremiado/a por año póliza, sin ninguna distinción de edad o años de colegiatura, es la suma de **¢2.000.000,00 (dos millones de colones, a partir de enero 2025)**, de acuerdo con las condiciones y limitaciones que regulan este contrato de seguro, y que rige para la presente vigencia o año póliza, **del 01 de enero al 31 de diciembre 2025**. El año póliza para este contrato es año calendario. **Este seguro cubre únicamente a los/as colegiadas que se encuentren al día en su colegiatura al momento del acaecimiento de los gastos médicos. NO cubre familiares o cónyuge.** Para ello, existen contratos colectivos voluntarias de gastos médicos a su disposición.

2. Deducible anual fijo por persona de ¢ 150.000,00 (ciento cincuenta mil colones). Es la suma (en dinero) fija por persona y por año póliza, que debe asumir el asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y **objeto de reembolso** por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Por tanto, gastos menores o iguales al monto de deducible, no serán sujeto de indemnización.

3. Cómo opera/funciona/aplica la póliza, inclusión, periodo de carencia, exclusiones, limitaciones, otros aspectos: (A) Los gastos médicos se reconocen sólo bajo el esquema de **REEMBOLSO (se realizan los gastos primero y posteriormente se presenta el reclamo con la documentación de respaldo)**. (B) Los gastos de “PRIMER AÑO POLIZA” (cuando se manifiesta un evento médico por primera vez, según diagnóstico), se cubrirá hasta por **el 100 % del monto asegurado anual vigente (una vez superado el deducible anual)**, indicado en el punto 1 anterior. (C) Para el “SEGUNDO AÑO POLIZA”, por los diagnósticos del año anterior (del primer año póliza), se reconocerá **hasta el 50 % del monto asegurado** que hubiere estado vigente; y por los nuevos diagnósticos y/o eventos (de primera vez) se cubrirán hasta el monto tope del seguro. **En todo caso, siempre el beneficio máximo anual a reconocer por gastos médicos en el año póliza vigente (suma de gastos por diagnósticos de primer y segundo año póliza) será el monto asegurado anual contratado.** (D) **Los/as nuevos/as agremiados/as, son cubiertos por la póliza a partir del mismo día de la incorporación o reincorporación; y serán incluidos formalmente por el Colegio en la póliza, de oficio, en los primeros días del mes siguiente a la incorporación o reincorporación. Sin embargo, deberán superar el periodo de carencia (de espera) de los 30 días** (treinta días) después de la inclusión, para que empiece a operar la póliza, excepto para los eventos de accidentes (si son sujetos de cobertura), cuya cobertura es inmediata a partir del acto de la incorporación o reincorporación.

4. Principales exclusiones y limitaciones en los que NO aplica la póliza: (a) Gastos dentales u odontológicos (excepto por accidente y hasta por ¢ 150.000,00), (b) Gastos en el periodo de embarazo, (c) Enfermedades congénitas o preexistentes al momento de incorporarse o reincorporarse a la póliza (d) Anteojos, lentes de contacto e intraoculares, aparatos auditivos, (e) Chequeos médicos de rutina y/o exámenes de comprobación de estado de la salud, reconstituyentes, vacunas (f) Cirugía estética, (g) Trastornos mentales, tratamientos experimentales en general (h) Tratamientos por : sobrepeso, falta de peso, bulimia, cirugías bariátricas, alopecia, procedimientos anticonceptivos, infertilidad, esterilidad, pediatría estética, pies planos, síndrome premenopáusic, climaterio, osteopenia, osteoporosis, SIDA, papiloma humano, infecciones de transmisión sexual, disfunción eréctil (i) Padecimientos o lesiones derivados del consumo de alcohol y drogas (incluido accidentes de tránsito), (j) Lesiones o enfermedades por intento de suicidio o resultado de y/o comisión de actos delictivos (k) **Durante el primer año póliza** del colegiado/a no cubre enfermedades de los órganos genitales femeninos, trastornos rino-amigdalinos (oído, nariz, garganta), hernias de cualquier tipo. (l) **Parto o aborto**, tiene un periodo de carencia o espera es de 13 meses posterior a la fecha de inclusión o re-inclusión en la póliza, por tanto, se cubrirá posterior a esos 13 meses. **Sugerimos leer Clausula XI y XII de Condiciones Particulares (Doc. RR-03-B) para mas detalle...**

5. Requisitos y proceso de reclamación de gastos médicos. Para el reclamo o gestión indemnizatoria de gastos médicos se debe presentar: (a) **Formulario de “Solicitud de Beneficios”** (Doc. F-05) llenado por el médico de su puño y letra (o firma digital) en la sección “Declaración de Médico de Cabecera”, siendo lo más claro y detallado, sobre todo en cuanto al **diagnóstico, síntomas y evolución del evento médico** (por cada médico que brindó servicios de consulta, debe llenarse una solicitud); y el asegurado debe llenar y firmar la sección correspondiente del formulario. (b) **Facturas originales físicas o digitales**, conforme lo establece el Ministerio de Hacienda. Estas deben venir detalladas y desglosadas en cuanto a los rubros y/o servicios que se prestaron y su costo o valor individual. Sobre todo, en el caso de **hospitalizaciones y/o procedimientos médicos, debe aportarse el desglose lo más detallado posible**. Esto permitirá un mejor pago. (c) Prescripciones médicas de exámenes, medicamentos, tratamientos y otros servicios, así como los resultados de exámenes. (e) Otros requisitos que el Instituto establezca y solicite para casos específicos a posteriori. (f) El interesado/a debe aportar original y copia de todos exámenes. (g) **Los agremiados pueden presentar los reclamos de gastos médicos en nuestra Oficina o Sedes del Colegio. O en las diferentes sucursales/sedes del INS**, en cuyo caso, para que nuestra Oficina pueda dar seguimiento, rogamos remitirnos copia física o escaneada de documentos. También **pueden enviar los documentos digitalmente únicamente a nuestro gastosmedicos@queosseguros.com**. Puede venir firmados digitalmente por médico y paciente o manualmente escaneados (no fotografía). Favor leer documento **RR-02 Procedimiento Reclamo de gastos médicos**, para mayor amplitud y explicación de este proceso. Plazo de presentación de reclamos, dos meses. Plazo de prescripción, cuatro años, a partir de fecha del evento médico.

Agentes de Seguros Exclusivos del INS

6. Principales aspectos técnico-operativo-contractuales y montos que se reconocen, del seguro de gastos médicos GFG-050. hqnm/12/12/2024-//////3-01

CUADRO INFORMATIVO DE RESUMEN TECNICO-OPERATIVO-CONTRACTUAL SEGURO COLECTIVO GASTOS MEDICOS FLEXIBLE No. GFG-050														
No	Indicador	Descripción/resumen de las CONDICIONES PARTICULARES, GENERALES y de otros documentos contractuales de la póliza												
1	Monto asegurado contratado	¢ 2.000.000,00 (dos millones). A partir de enero 2025, es el monto máximo a reconocer, por persona asegurada, por año póliza calendario.												
2	Año póliza (vigencia 2025)	Del 01 de enero al 31 diciembre 2025 (año póliza = año calendario)												
3	Deducible mínimo fijo anual	¢ 150.000,00 – ciento cincuenta mil . Monto fijo por persona y por año póliza, que asume el asegurado antes de usar la póliza. Es decir la póliza opera, aplica o funciona a partir de un gasto superior a este monto. El deducible se rebaja de la indemnización.												
4	Coberturas básicas del seguro. una vez superado el deducible fijo anual de ¢ 150.000,00. Ver el punto 7 que detalla el porcentaje de gastos a cubrir y coaseguros de estas coberturas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gastos médicos ambulatorios por accidentes y/o enfermedad Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales y medicamentos 2. Gastos médicos por hospitalización y cirugía <ol style="list-style-type: none"> a. Habitación individual normal. Tarifa máxima/diaria: ¢ 200.000,00 en CR; ¢ 500.000,00 fuera de CR b. Habitación cuidados intensivos. Tarifa máxima/diaria: ¢ 400.000,00 en CR; ¢ 750.000,00 fuera de CR c. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intensivos e intermedios d. Exámenes de laboratorio, radiología, estudios complementarios especializados e. Una visita médica hospitalaria diaria 												
5	Coberturas de monto fijo o sub-limitado. Una vez superado el deducible fijo anual de ¢ 150.000,00 se reconocerán por año póliza , los siguientes montos fijos o sublimitados, en los siguientes rubros o conceptos de gastos médicos, acorde con los coaseguros que aplican para cada caso según proveedor, tal como se indica en el punto 7 de este cuadro.	Conceptos o rubros de gastos médicos sublimitados (montos fijos)												
		A. Cesárea, parto normal o múltiple, aborto (se cubre después de 13 MESES de la inclusión o reinclusión en la póliza, de las abogadas)	¢ 650.000,00											
		B. Transporte de ambulancia terrestre, aérea o marítima	¢ 150.000,00											
		C. Honorarios médicos (no quirúrgico y quirúrgicos)	¢ 300.000,00											
		D. Accidentes dentales	¢ 150.000,00											
		E. Tratamientos médicos para enfermedades mentales (incluye terapia psiquiátrica)	¢ 225.000,00											
		F. Deportes. Incluye práctica recreativa del buceo, práctica recreativa y competitiva de fútbol (además, aplica el monto sublimitado indicado de terapias).	¢ 500.000,00											
		H. Aparatos de apoyo	¢ 150.000,00											
		I. Prótesis quirúrgica	¢ 150.000,00											
		J. Alergias: pruebas diagnósticas (tratamiento hasta x monto asegurado)	¢ 75.000,00											
K. Enfermedades epidémicas o pandémicas	¢ 500.000,00													
L. Terapias (según normativa médico - legal vigente)	¢ 500.000,00													
6	Consulta médica	¢ 35.000 x consulta médica general o especialista (sin límite de consultas, una vez superado el deducible anual)												
7	PROVEEDORES de servicios médicos y Coaseguro (el coaseguro es la parte de los costos que asume el asegurado, una vez superado el deducible anual)	<p>Las coberturas básicas y coberturas de monto fijo indicadas en los puntos 4 y 5, se regirán por la siguiente norma de porcentajes a reconocer de los gastos, según proveedor y una vez superado el deducible fijo anual.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tipo de Proveedor</th> <th>Máximo a reconocer de gastos</th> <th>Coaseguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. RED de proveedores del INS en Costa Rica</td> <td style="text-align: center;">80%</td> <td style="text-align: center;">20 %</td> </tr> <tr> <td>B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR</td> <td style="text-align: center;">75%</td> <td style="text-align: center;">25 %</td> </tr> <tr> <td>C. Servicios médicos recibidos fuera del país</td> <td style="text-align: center;">65%</td> <td style="text-align: center;">35%</td> </tr> </tbody> </table> <p>La lista RED DE PROVEEDORES DEL INS está disponible en la web del INS www.grupoins.com y del Colegio, Doc. RR-03-G</p>	Tipo de Proveedor	Máximo a reconocer de gastos	Coaseguro	A. RED de proveedores del INS en Costa Rica	80%	20 %	B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR	75%	25 %	C. Servicios médicos recibidos fuera del país	65%	35%
Tipo de Proveedor	Máximo a reconocer de gastos	Coaseguro												
A. RED de proveedores del INS en Costa Rica	80%	20 %												
B. Fuera de Red Proveedores del INS en CR	75%	25 %												
C. Servicios médicos recibidos fuera del país	65%	35%												
8	Esquema operativo de la póliza en el tiempo.	Ver punto No. 3 de página anterior que explica la operativa. En resumen: Es por reembolso exclusivamente y cubre hasta el monto asegurado anualmente. Los eventos médicos (enfermedades, accidentes, situaciones médicas diversas) se cubren hasta por dos años continuos de la siguiente forma: hasta el tope del monto asegurado en el primer año póliza del evento y hasta un 50 % del monto asegurado en el segundo año póliza del evento, del monto que hubieren estado vigente en el año anterior. A partir del tercer año póliza del evento NO SE CUBREN gastos.												
9	Otros beneficios	<ol style="list-style-type: none"> A. Descuentos en gimnasios (asegurado principal y tres personas más). Ver Doc. RR-03-H B. Telemedicina. Servicio gratuito de MEDICINA VIRTUAL por videollamada. Ver Doc. RR-03-J C. Red de Servicios Salud del INS (RSS-INS; incluyendo el Hospital del Trauma (HT)); Los afiliados/as podrán utilizar estos servicios, con cargo a la póliza del Colegio y hasta por el monto asegurado anual, en tanto sean servicios y/o procedimientos médicos que brinda el HT y la RSS-INS. La operativa de estos servicios se detalla en la web del Colegio, informativos RR-03 K y RR-03-L. Una precondition, para brindar los servicios, es la cita de valoración que hace el HT de previo. Recomendamos solicitar estos documentos a nuestra Oficina o visitarnos y consultar. 												
10	Documentos para la presentación de reclamos y condición de colegiatura al día	<ol style="list-style-type: none"> a. Formulario SOLICITUD DE BENEFICIOS (Doc. F-05 en la web) llenado por el interesado y el médico, y debidamente firmado por cada uno en la parte que corresponde (firma digital o manual escaneada) b. Documentos médicos: las referencias de medicamentos, de exámenes y otros; resultados de exámenes, biopsias, placas, etc. c. Facturas: electrónicas acorde con la normativa vigente de Hacienda ; originales físicos para proveedores del Régimen Simplificado. d Cuenta IBAN: documento donde se indique la cuenta IBAN (22 dígitos) en colones, a nombre del afiliado/a. Si es de un tercero, aportar nota del tercero autorizando el giro de dineros. e. Se debe estar al día incondicionalmente, en la colegiatura para gestionar el reclamo. f. Dónde presentar documentos: Oficina Seguridad Social en el Colegio, o enviar al correo gastosmedicos@queosseguros.com 												
11	Para las siguientes eventos o enfermedades aplica un periodo de carencia o espera de 12 meses, a partir de la inclusión o reinclusión de cada persona en la póliza	Catarata, Glaucoma. Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septoplastia sinusitis, nariz, senos, paranasales, asma. Enfermedades de la tiroides. Litiasis vesicular y/o de las vías biliares. Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones. Enfermedad de la próstata. Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios. Hemorroides y fisura anal. Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia. Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite. Para parto y aborto son 13 meses.												

Agentes de Seguros Exclusivos del INS

Dr. Hugo Quesada Monge, Lic. SUGESE 08-1519

Ing. Ana Erika Oses Castilo, Lic. SUGESE 08-1487

Licda. Eriant Quesada Oses, Lic. SUGESE 13-2578

Arq. Ana Quesada Oses, Lic. SUGESE 15-2928

Bach. José Pablo Masis Salazar, Lic. SUGESE 21-3846

Bach. José Daniel Arias Chacón, Lic. SUGESE 22-3853

☎ 2280-7775 2234-6202

✉ insabogados@abogados.or.cr

🌐 www.queosseguros.com