

**REGLAMENTO
DEL SEGURO DE
ENFERMEDAD Y
MATERNIDAD
Y REGLAMENTOS CONEXOS**



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE RELACIONES PUBLICAS**

EDICION - JULIO 1989

**REGLAMENTO
DEL SEGURO DE
ENFERMEDAD Y
MATERNIDAD
Y REGLAMENTOS CONEXOS**



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE RELACIONES PUBLICAS

EDICION - JULIO 1989

INDICE

Del campo de aplicación	5
De las exclusiones y devoluciones de las cuotas	7
De la inscripción, monto y forma de pagar las cuotas	8
De los riesgos y prestaciones asumidas por la Caja	12
De la cuota de sepelio	17
De los plazos de espera y cotización	17
Del seguro de maternidad	20
Del beneficio familiar	24
<i>Disposiciones especiales</i>	28
Capítulo de disposiciones transitorias	28
Reglamento de prótesis y aparatos ortopédicos	33
Reglamento de traslados y hospedajes	37
Reglamento sobre afiliación de patronos y trabajadores	43
Regulación	45
Inscripción	45
De los avisos que deban dar los patronos	49
Otras disposiciones	50
Sanciones	51
Vigencia de reglamento	51
Disposiciones transitorias	51
Reglamento para la extensión de los seguros sociales a los trabajadores independientes	53
Reformas al reglamento del Fondo Nacional de Mutualidad para los trabajadores	59
Regulación	61
Campo de aplicación	61
<i>Beneficios</i>	61
Beneficiarios	62
Requisitos para el cobro	62
Consideraciones generales	63
Operación del Fondo	63

DEL CAMPO DE APLICACION

Artículo 1

Sin perjuicio de la extensión a nuevas zonas y categorías de trabajadores que la Directiva acuerde en el futuro con sujeción a la facultad que le otorga el Artículo 57 de la Ley Constitutiva de la Caja, el Seguro Social es obligatorio para todos los trabajadores asalariados que la Directiva haya acordado hasta la fecha. Es entendido que la Gerencia mantendrá actualizada en forma permanente, la lista correspondiente a zonas y categorías de trabajadores cubiertos obligatoriamente por el Seguro Social.

(Reformado así por Acta N° 212 del 15 de diciembre de 1958)

Artículo 2

No se considerarán asegurados obligatorios de los regímenes de Enfermedad y Maternidad, los siguientes trabajadores:

- a. Los indicados en el artículo 4 de la Ley Constitutiva de la Caja.
- b. Los trabajadores a que se refiere el artículo 65 de la Ley Constitutiva.

No obstante, cuando estos trabajadores hicieren uso de la facultad de acogerse al régimen del Seguro Social, se entenderá que éste adquiere el carácter de irrenunciable para ellos convirtiéndose en obligatorio, cuando no soliciten su exclusión a la Caja dentro del mes inmediato siguiente a la fecha en que por primera vez se les dedujere de su sueldo la cuota correspondiente al Seguro Social.

(Así reformado por la Junta Directiva en sesión N° 4275 del 5 de diciembre de 1973).

Artículo 3

Todos los trabajadores, cualquiera que sea su salario, están obligados a cotizar para el Seguro de Enfermedad y Maternidad, sin que por el monto de su remuneración mensual puedan solicitar su exclusión de este Seguro.

(Así reformado en sesión N° 4288 de la Junta Directiva de la Caja, celebrado el 28 de mayo de 1971).

Artículo 4

Si se hubiere admitido algún empadronamiento o inclusión en planillas por error, por omisión o por falsedad de datos, la Caja en cualquier tiempo practicará de oficio la exclusión y procederá a la devolución de las cuotas respectivas, previa compensación de los servicios que le hubiere prestado.

Igual procedimiento se aplicará con respecto a aquellos trabajadores que, no obstante realizar sus labores en lugares en donde el Seguro no ha sido extendido obligatoriamente, fueron incluidos por error.

(Reformado así en sesión de Junta Directiva N° 3200 del 19 de agosto de 1964).

Artículo 5

Quedan excluidos de los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 71 de la Ley Constitutiva, los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que de acuerdo al capítulo 2 del título IV del Código de Trabajo, corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros, según los casos.

“Quedan excluidos también de la protección del Seguro de Enfermedad y Maternidad, los casos de accidentes de tránsito, regulados por la Ley de Tránsito, N° 5930 del 13 de setiembre de 1976, cuya protección corresponde al Instituto Nacional de Seguros o a la persona que resulte responsable del accidente”.

(Así reformado por la Junta Directiva en sesión N° 5207 del 3 de mayo de 1978).

DE LAS EXCLUSIONES Y DEVOLUCIONES DE LAS CUOTAS

Artículo 6

Salvo los casos en que la Caja puede practicar de oficio la exclusión, los trabajadores que, de acuerdo con las disposiciones anteriores se consideren exceptuados de la obligatoriedad del Seguro, deberán dirigirse a la Caja por escrito y en papel común, solicitando su exclusión e indicando sus nombres completos, calidades, dirección personal, lugar de trabajo, nombre y número patronal y causa en la cual apoyan su gestión. Además, deberán acompañar su carné de indentificación.

Artículo 7

La Caja resolverá el reclamo dentro de un término máximo de sesenta días, contados a partir de aquél en que se reciba la solicitud, sin que entre tanto dejen de pagarse la cuota obrera patronal.

Calificada favorablemente la exención, y en caso de que también proceda la devolución de cuotas, éstas se devolverán previa compensación de los beneficios que se le hubieren otorgado al trabajador.

En los casos en que la Caja, no obstante la indebida inclusión sin derecho

haya asumido el riesgo respectivo, declarará con lugar únicamente la exclusión sin derecho a devolución de cuotas.

DE LA INSCRIPCIÓN, MONTO Y FORMA DE PAGAR LAS CUOTAS

Artículo 8

Los patronos cuyos trabajadores se encuentren protegidos por las disposiciones de este reglamento, están obligados a:

- a. Registrar en la Caja su nombre o razón social, su firma y las de sus representantes legales si los tuvieren: empadronar a los trabajadores a su servicio, informar lo relativo a cambio de razón social, traspaso de dominio por cualquier título, arrendamiento y cualquiera otros datos que la Institución juzgue necesarios, así como la suspensión y terminación de los contratos; todo en los términos y condiciones que señala el reglamento sobre afiliación de patronos y trabajadores.
- b. Dar permiso a los trabajadores, dentro de los términos en que debe llevarse a cabo su empadronamiento, para que puedan concurrir a las oficinas de la Caja u otras designadas específicamente por la Junta Directiva a proveerse de su carné de identificación.
- c. A extender y firmar bajo su responsabilidad y de acuerdo con los modelos confeccionados por la Caja, las solicitudes de asistencia médica. Es entendido que cualquier omisión o dato falso consignado en la solicitud que induzca a la Caja a otorgar prestaciones a trabajadores que de conformidad con las prescripciones del presente Reglamento no tengan derecho a ellas, los hará incurrir aparte del pago de esas prestaciones, en las sanciones establecidas en la Sección VI de la Ley Constitutiva de la Caja.
(Así reformado en Sesión N° 6241, Artículo 3° del 11 de agosto de 1988 y publicado en la Gaceta N° 182 del 26 de setiembre de 1988).

Artículo 9

- 1- Las cuotas para financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad, serán las siguientes:
 - a. Para los trabajadores el 5.50% de sus salarios.
 - b. Para los patronos, el 9.25% de los salarios de sus trabajadores.
 - c. Para el Estado como tal, el 1.25% del monto de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por este Seguro.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario, como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales incluyendo el sa-

lario en especie. Si resultaran fracciones, se ajustarán a los céntimos de acuerdo con las normas monetarias vigentes.

Los patronos quedan obligados, en el momento de pagar los salarios respectivos, a deducir de los mismos la cuota de los trabajadores, todo de conformidad con el Artículo 30 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2- Las cuotas para financiar las prestaciones médicas que se otorgan a los pensionados en los diferentes regímenes que operan en el país, serán las siguientes:

- a. Para los pensionados, el 4.50% de sus pensiones.
- b. Para el régimen que otorga la pensión, el 7.75% del monto de las pensiones que paga a las personas cubiertas.
- c. Para el Estado como tal, el 1.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este Seguro.

3- Independientemente del monto del salario que se anota en la planilla, la cotización mínima mensual será equivalente al porcentaje del monto de la pensión mínima por vejez que otorgue el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Conforme se produzcan revaloraciones de las pensiones, se realizarán los aumentos en las cotizaciones previa comunicación a los patronos y los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.

En el caso del trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por Decreto Ejecutivo, son inferiores al monto de la pensión mínima por vejez, la cotización se establecerá sobre éstos últimos.

En el caso del grupo de pensionados del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico, la contribución podrá ser inferior al mínimo aquí establecido y se determinará de acuerdo con las recomendaciones actuariales que rinda anualmente la Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional.

Cuando la Administración superior lo considere necesario, podrá solicitar un estudio técnico-actuarial del costo de las prestaciones que otorga el sistema y de conformidad con las recomendaciones, establecer nuevos montos de cotización mínima.

(Reformado así por la Junta Directiva en sesión N^o 6243 del 18 de agosto de 1988. Artículo 15 publicado en la Gaceta N^o 175 del 14-9-88).

Artículo 10

Los patronos cuyos trabajadores se encuentren protegidos por las disposiciones de este reglamento, además de los obligaciones aquí establecidas y en

el Reglamento sobre Afiliación de Patronos y Trabajadores, están obligados a:

- 1- Entregar mensualmente a los trabajadores a su servicio, la tarjeta de certificación de aportes y comprobación de derechos elaborada por la Caja y que recibirá al efectuar el pago de las cotizaciones. El mencionado documento es básico para la solicitud de servicios médicos asistenciales y el pago de prestaciones económicas.
- 2- Presentar a la Caja dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, las planillas de los trabajadores de su empresa correspondiente al mes inmediato anterior, consignado en las mismas los datos que necesita la Caja, de acuerdo con los formularios de planillas suministrados por la Institución para tal fin.
- 3- Pagar mensualmente en las oficinas de la Caja, tanto la cuota patronal como la de sus trabajadores, correspondiente al mes inmediato anterior. Este pago lo harán como máximo el día señalado para ese fin el "aviso de cobro y comprobante de pago". Pasada esta fecha, deberá cancelar el recargo establecido por mora.
- 4- Cuando al final de determinados meses se presenten días feriados o de asueto, como puede ocurrir en las celebraciones de Semana Santa, fin de año y festividades oficiales, toda vez que en efecto tales feriados o asuetos interfieran en el proceso normal establecido, para la omisión y cancelación se faculta a la Administración Superior de la Caja para extender el plazo hasta cinco días hábiles del mes siguiente, a objeto de recibir los pagos de la planilla mensual que corresponde, sin cobro de recargos moratorios. Esta norma se aplicará para todos los patronos inscritos en la dependencia de la Caja del área afectada. La aplicación de esta norma será en forma general y no discrecionalmente.

Cuando el patrono no presente oportunamente las planillas, la Caja procederá a la reconstrucción y facturación de oficio, sin perjuicio de aplicar las sanciones que determina la Ley Constitutiva de la Caja.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 6243, del 18 de agosto de 1988, Artículo 15, publicado en la Gaceta N° 175 del 14 de setiembre de 1988).

Artículo 11

No se recibirán planillas ni se aceptarán pagos, sin que ello releve al patrono de las consecuencias de su morosidad, cuando en las primeras no se llenen todos los requisitos de que habla el artículo anterior.

Cuando los salarios consignados a los trabajadores en planillas sean inferior-

res a los que señala el respectivo Decreto de Salarios Mínimos, la aceptación de éstas por parte de la Caja no libera al patrono de su obligación de ajustar las cuotas correspondientes al monto de los salarios mínimos establecidos por el Decreto respectivo.

Es entendido que, en todo caso, la cotización mínima a pagar, será la que señala el artículo 9 de este Reglamento en su numeral 1. (Este párrafo agregado en sesión N° 5505 del 2 de abril de 1981).

Conforme a las disposiciones del artículo 36 de la Ley Constitutiva de la Caja, se entenderá por patrono moroso, para efectos del cobro de las prestaciones a aquél que no haya cancelado cuotas obrero patronales, una vez transcurrido el mes inmediato posterior al plazo establecido en el artículo 10 de este Reglamento para el pago de planillas.

(Así reformado en el Artículo 9, Sesión N° 2954 del 28 de marzo de 1963).

Artículo 12

Los patronos que no presenten o cancelen sus planillas dentro de los plazos reglamentarios u omitan en las planillas los datos de sus trabajadores, estarán sujetos al pago de un recargo sobre el monto de cuotas, con fundamento en lo dispuesto en el Artículo 36 de la Ley Constitutiva de la Caja. Dicho recargo se aplicará en la siguiente forma:

- a. Por presentación tardía un 2% del monto total de las cuotas sin que la suma sea menor a ₡10.00.
- b. Por presentación de las planillas con omisión de los datos identificativos de los trabajadores, un 1% del salario en cada caso que se omita esa información.
- c. Por mora una multa del 2% progresivo, sobre las cuotas, por cada mes o fracción hasta un máximo de 24%.

Estos cobros se harán sin perjuicio de las sanciones establecidas en los artículos 44 y siguientes de la Ley Constitutiva de la Caja.

(Así reformado en Sesión N° 4815 de la Junta Directiva celebrada el 10 de julio de 1974).

Artículo 13

- a. Cuando en el cálculo de las cotizaciones se dieren diferencias a favor del patrono, éstas le serán devueltas siempre que el reclamo se formule dentro de los 60 (sesenta) días posteriores a la fecha de pago.
- b. Cuando un patrono se considere perjudicado económicamente como resultado de la facturación de planillas, podrá presentar el reclamo correspondiente dentro de los 60 (sesenta) días posteriores a la fecha del pago.

El reclamo deberá resolverse dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la presentación del mismo.

Si las planillas se facturan de oficio por no presentación oportuna de la información a la Caja, se presumirán ciertos los datos que correspondan a la última planilla presentada. Cuando la Institución presuma que la no presentación es maliciosa o fraudulenta, queda facultada para realizar cualquier investigación y tomar en cuenta planillas anteriores.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5721 del 19 de mayo de 1983 y publicada en Gaceta N° 113 de junio del mismo año).

DE LOS RIESGOS Y PRESTACIONES ASUMIDOS POR LA CAJA

Artículo 14

La Caja cubre, de acuerdo con las restricciones reglamentarias que adelante se indican, los siguientes riesgos y prestaciones:

- a. Enfermedad
- b. Maternidad
- c. Cuotas de sepelio
- d. Beneficio familiar

La cobertura de dichos riesgos se financiará con las cuotas determinadas en el artículo 9º.

Artículo 15

El seguro de enfermedad comprende las siguientes prestaciones:

- a. Asistencia médica general, especial y quirúrgica.
- b. Asistencia hospitalaria
- c. Servicio de farmacia
- d. Servicio de odontología con las restricciones que adelante se indican.
- e. Asistencia médica y farmacéutica con derecho a hospitalización para los hijos de las aseguradas durante los dos primeros años de su vida, siempre y cuando la madre en el momento del parto tenga derecho a los beneficios de maternidad y conserve su calidad de asegurada activa al demandar la asistencia a que se refiere este inciso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 32 y 34.
- f. Subsidio en dinero.
- g. Cuota de sepelio; y
- h. Prestaciones sociales.

(Así reformado en Sesión N° 3140 del 1º de abril de 1964).

Artículo 16

La asistencia médica general, especial y quirúrgica, según los casos, la recibirán los asegurados en los consultorios, dispensarios, clínicas y hospitales de la Caja, a domicilio, o en los que, por circunstancias, convenios o proyectos especiales que ella designe.

La forma y condiciones del otorgamiento de dichas prestaciones se determinará en reglamentos especiales.

La Caja no se responsabilizará por los servicios médicos que no hayan sido otorgados por sus funcionarios médicos bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento, salvo lo establecido en convenio o proyectos especiales aprobados por su junta directiva. Ni tampoco cubrirá el valor de los mismos.

No obstante, y cuando circunstancias muy especiales, dada la gravedad de la enfermedad y cuando se demuestre la imposibilidad en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Caja, sin grave perjuicio para la salud por la demora, se pondrá a juicio de la gerencia, reconocer de acuerdo con las tarifas de la Caja, el monto de los honorarios médicos por la primera visita y el pago de los medicamentos recetados por el médico tratante no funcionario de la Caja, de conformidad con lo que dispone el último párrafo del artículo 18 de este reglamento.

(Reformado así en Sesión 6241, Artículo 3º del 11 de agosto del 1988 y publicado en la Gaceta 182 del 26 de setiembre de 1988).

Artículo 17

La libre elección médica se otorgará únicamente para los casos de intervenciones quirúrgicas y partos.

El monto a pagar, de acuerdo con las tarifas de la Caja, cubre tanto el valor de los honorarios médicos como el de las medicinas y accesorios.

La autorización de la libre elección corresponde al Departamento de Prestaciones Médicas, el cual debe sujetarse a las prescripciones del reglamento respectivo.

Artículo 18

El servicio de farmacia comprende el suministro de las medicinas incluídas en el cuadro básico de medicamentos prescritos por los médicos de la Caja, de los sistemas de medicina de empresa, medicina mixta u otros sistemas o proyectos especiales aprobados por ella.

No se reconocerá el valor de las medicinas que el asegurado adquiera fuera de los servicios médicos de la Institución.

En los casos de excepción contemplados en el último párrafo del artículo

16º, se reconocerá de acuerdo con los costos de la Caja el valor de las medicinas recetadas inicialmente.

(Reformada así en Sesión Nº 6241, Artículo 3º del 11 de agosto de 1988 y publicado en la Gaceta Nº 182 del 26 de setiembre de 1988).

Artículo 19

El servicio de odontología, comprende los siguientes beneficios:

- a. Higiene bucal
- b. Exodoncia
- c. Obturaciones
- d. Prótesis a placa
- e. Cirugía oral.

Artículo 20

Los beneficios a que se refieren los incisos a), b), d) y e) del artículo anterior se suministrarán en todas las zonas en donde la Caja haya extendido el beneficio de enfermedad.

El beneficio de obturaciones a que se refiere el inciso c), se establecerá en aquellos lugares que determine la Gerencia, previo informe del Departamento de Prestaciones Médicas.

Los asegurados que residan en sitios en donde no se halle establecido este servicio, podrán hacer uso de él siempre que se trasladen por su propia cuenta hasta el centro médico de la Caja más cercano que lo esté suministrando.

Las obturaciones se harán con los materiales de que disponga la Caja.

Artículo 21

El servicio de prótesis de acrílico y removible de cromocobalto, se otorgará en los centros asistenciales de la Caja que presten este servicio. Para ello, el asegurado deberá cubrir el costo que fije anualmente la Gerencia.

Si el asegurado decide contratar la confección de las prótesis dentales en las clínicas particulares autorizadas por la Caja, ésta contribuirá con la suma que fije anualmente la Gerencia.

(Así reformado por la Junta Directiva, Sesión Nº 5769 del 3 de noviembre de 1963. Gaceta Nº 221 del 22 de noviembre de 1983).

Artículo 22

La Caja concederá los anteojos a los asegurados directos y familiares, a su precio de costo.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5750, Artículo 5 del 25 de agosto de 1984).

Artículo 23

El trabajador que tenga vigentes sus derechos, conforme a las disposiciones del Reglamento de Afiliación de Patronos y Trabajadores, podrá demandar el otorgamiento de las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Con tal motivo, su patrono está obligado a concederle el tiempo necesario para recibirlas.

Para demandar los servicios de la Institución, el trabajador debe presentar la solicitud de Asistencia Médica en las fórmulas especiales que suministrará la Caja y conforme a lo dispuesto en el inciso c) del artículo 8° de este reglamento, o firmar una declaración cuando su patrono por estar en mora se niegue a extender la solicitud de asistencia médica para que haga uso de los servicios de la Caja. Esta declaración será pasada de inmediato a los inspectores de la Caja para que verifiquen la existencia del contrato de trabajo, verbal o escrito, que liga a los trabajadores con dichos patronos.

(Así aprobado en Sesión N° 2908, Artículo 8° del 20 de diciembre de 1962).

Artículo 24

La prestación de subsidios en dinero señalada en el artículo 15° se otorgará cuando la enfermedad no se enmarque dentro de los riesgos del trabajo y cuando determine incapacidad temporal, entendida por la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan al trabajador para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con éstas por algún tiempo. El pago del subsidio finaliza por algunas de las siguientes circunstancias.

- a. Por la declaratoria de alta, al concluir el tratamiento.
- b. Por haber transcurrido el plazo que señala el artículo 35.
- c. Por abandono injustificado de las prestaciones médico-sanitarias que se le suministran al paciente o por alguna de las situaciones previstas en los artículos 36° y 37°.
- d. Por la obtención del derecho o pensión con el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte u otros regímenes especiales de pensiones.
- e. Por la muerte del trabajador.

La prestación de subsidios en dinero por incapacidad temporal es incompatible con otras prestaciones contempladas en leyes especiales, por cualquier tipo de incapacidad derivada de la misma enfermedad.

En el momento en que se dé la doble cobertura, el monto del subsidio se reducirá, si fuera necesario, a fin de que el beneficio total no sobrepase el 100% del salario del trabajador.

(Así reformado en Sesión N° 6134, Artículo 10 del 9 de julio del 87, publicado en la Gaceta 145 del 31 de julio de 1987. Rige a partir del 1 de agosto de 1987).

Artículo 25

La Caja establecerá el tratamiento obligatorio para los enfermos afectados en enfermedades venéreas y tuberculosis. Esta disposición será regida de conformidad con las normas especiales que dicte la Institución.

(Así reformado en Sesión N° 3116, Artículo 7° de fecha 11 de febrero de 1964).

Artículo 26

Los que dejan de ser asegurados activos, así como los parientes que disfrutaban del beneficio familiar conservarán todos los derechos señalados en este Reglamento, excepto el pago de prestaciones en dinero, durante los seis meses naturales posteriores a la fecha en que dejó de ser asegurado activo, siempre y cuando hubiera cotizado por lo menos durante tres meses en los cuatro anteriores a la fecha en que se dejó de cotizar, y así conste en las planillas mensuales previamente presentadas a la Caja.

(Así reformado en Sesión 6113 del 20 de abril de 1987, publicado en la Gaceta N° 108 del 8 de junio de 1987).

Artículo 27

Es entendido que los patronos responderán íntegramente de todas las prestaciones que este reglamento otorga a los asegurados de la Institución, cuando no hayan asegurado a sus trabajadores o cuando éstos no hayan completado los plazos de espera o monto de cotización reglamentarios.

En el primer caso, compete a los trabajadores el ejercicio de sus derechos ante los organismos administrativos correspondientes o ante los tribunales de trabajo en su caso.

Cuando la Caja, inducida a un error por el patrono, otorgue prestaciones a trabajadores que no hayan cumplido los plazos de espera o que no sean asegurados activos, ejercerá la correspondiente acción de cobro contra el patrono, sea judicial o extrajudicial, en los casos previstos por el inciso c) del artículo 8°.

Artículo 28

Cuando la Caja, de conformidad con la obligación que le impone el artículo 247 del Código de Trabajo, admitiere casos de accidente de trabajo o de enfermedades profesionales, cobrará al patrono o al Instituto Nacional de Seguros, en su caso y en la forma dicha en el artículo anterior, el monto de las prestaciones que por esos riesgos haya otorgado.

DE LA CUOTA DE SEPELIO

Artículo 29

Tendrá derecho a una ayuda por la suma de ₡5.000.00 (cinco mil colones), por concepto de cuota de sepelio, la persona que demuestre haber efectuado los gastos de entierro de un asegurado que hubiere cotizado por lo menos durante tres meses en los seis meses anteriores a la muerte.

Este pago es incompatible con el beneficio que otorga el Fondo Nacional de Mutualidad para los Trabajadores.

(Así reformado por la Junta Directiva en la Sesión N° 6077 del 11 de diciembre de 1986, Gaceta N° 5 del 9 de enero de 1987. Rige a partir del 1º de enero de 1987).

Artículo 30

Si el fallecido no dejare deudas con derecho a la cuota de sepelio, la Caja costeará el funeral invirtiendo en él una suma que no exceda de la cuantía fijada en el artículo anterior o la pagará a cualquiera que compruebe haber realizado el gasto.

Artículo 31

Los parientes o en su caso los terceros interesados en la cuota de sepelio deberán gestionar su pago a la Sección de Pensiones y Subsidios de la Caja y acompañar los siguientes documentos:

- a. Constancia de nacimiento del asegurado
- b. Constancia que compruebe el parentesco
- c. Las cuentas de los gastos de funeral y entierro.

DE LOS PLAZOS DE ESPERA Y COTIZACION

Artículo 32

- 1- Tendrán derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad, los asegurados activos que hubieren cotizado en el mes anterior a aquél en que solicitan el beneficio y así conste en las planillas mensuales previamente presentadas a la Caja.
- 2- Se entiende por asegurado activo aquél que estuviere trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine la relación laboral.
- 3- Cuando se haya producido la disolución del contrato de la relación de trabajo al trabajador cesante se le aplicarán las disposiciones del artículo 26 de este reglamento.

(Así reformado en Sesión Nº 4132 de la Junta Directiva de la Caja, de fecha 9 de junio de 1970).

Artículo 33

Las prestaciones señaladas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 15 se concederán durante todo el período de la contingencia, cuando se trate de asegurados activos o que estén recibiendo subsidios por enfermedad.

(Así reformado en Sesión Nº 6113, Artículo 10 del 20 de abril de 1987 y publicado en la Gaceta Nº 108 del 8 de junio de 1987.

Artículo 34

Los trabajadores que hayan cotizado durante el mes anterior como se indica en el artículo 32 de este reglamento, tendrán derecho a las prestaciones en especie con las limitaciones que adelante se indican, en los siguientes casos:

- 1- Durante la suspensión legal de sus contratos, debidamente autorizada por la Inspección General de Trabajo.
- 2- Durante la suspensión de sus contratos por huelga legal.
- 3- Cuando la suspensión del contrato se deba a incapacidad otorgada por los médicos del Instituto Nacional de Seguros a consecuencia de un riesgo profesional.

Cuando la incapacidad otorgada por la Caja se inicie inmediatamente después de terminada la que hubiere extendido el Instituto Nacional de Seguros y no hayan transcurrido seis meses desde que el asegurado dejó de cotizar por su inmediata anterior incapacidad, se reconocerán también los subsidios en dinero. Igual regla se seguirá cuando la incapacidad se inicie y exceda al tiempo que cubra la incapacidad extendida por el Instituto Nacional de Seguros. Es entendido que en este último caso, el pago se iniciará cuando finalice la incapacidad otorgada por el Instituto. Si entre la incapacidad por el riesgo profesional otorgada por el Instituto y la de enfermedad dada por la Caja existiera un período sin incapacidad, procederá el pago del subsidio por enfermedad si el asegurado trabajó y cotizó para el Seguro Social en el intervalo entre ambas incapacidades.

En los casos contemplados en los incisos 1) y 2), las prestaciones en especie se otorgarán por un período no mayor de tres meses, en el caso del inciso 3) por un plazo máximo de seis meses.

(Así reformado en Sesión Nº 4132 de Junta Directiva, de fecha 9 de junio de 1970).

Artículo 35

El Seguro de Enfermedad comprende el pago de subsidios en dinero que se otorgarán de acuerdo con las siguientes cláusulas:

- 1- El subsidio en dinero se pagará únicamente cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja, por los médicos del Sistema Médico de Empresas o de otros sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva, durante la jornada laboral. El dicho o constancia del trabajador, del patrono o del médico que haya atendido al paciente en forma privada, carecen de valor para la determinación del número de días de incapacidad.
- 2- El subsidio se cubrirá durante todo el período de la contingencia, hasta **un máximo de un año**. En casos calificados y de excepción, por la índole de la enfermedad y la circunstancia del caso, se podrá extender este período a **un año más a juicio de la Caja**. La Gerencia de la División Médica emitirá el instructivo que regule estos casos.
- 3- No se pagará el subsidio durante **los tres primeros días** de incapacidad. Cuando se trate de incapacidades sucesivas y continuas provenientes de enfermedades diversas, sólo se impondrá el **no pago de los tres primeros días** correspondientes a la primera incapacidad.
- 4- La cuantía del subsidio, a partir del **cuarto día** de incapacidad, será igual al **sesenta por ciento** del salario devengado por el asegurado durante el último mes de cotización registrado en planillas de la Caja con anterioridad a la incapacidad; o al sesenta por ciento del promedio de los salarios de los últimos tres meses de cotización registrados con anterioridad a la incapacidad, si éste resultare mayor.
- 5- Para determinar el subsidio diario se tomará como base el mes de treinta días, por lo que el salario mensual último o promedio de los últimos tres meses, según sea el caso, se dividirá entre 50.
- 6- Los trabajadores pueden cobrar el subsidio por períodos vencidos semanales, quincenales, mensuales o al finalizar totalmente la incapacidad. Los períodos que no excedan de un mes, se pueden pagar por adelantado.
- 7- La administración emitirá los instructivos y normas requeridas para el adecuado otorgamiento de este beneficio.

(Así reformado en Sesión Nº 6265, Artículo 3 del 3 de noviembre de 1988 y publicado en la Gaceta Nº 55 del 17 de marzo de 1989).

Artículo 36

No tendrá derecho al subsidio el asegurado cuando incurra en fraude, adultere documentos del Seguro o haya inducido a engaño al médico tratante y cuando se haya ocupado, durante el período de incapacidad, en labores asalariadas. Cuando se trate de enfermedades complicantes provocadas por la ingestión de bebidas alcohólicas, a juicio de los médicos de la Caja mediante el correspondiente dictamen, el subsidio que les pueda correspon-

der podrá ser entregado a la esposa, compañera o a cualquier otra persona responsable de la familia.

(Así reformado por la Junta Directiva de la Caja en Sesión N° 4851, celebrada el 13 de noviembre de 1974).

Artículo 37

Se suspenderá el pago del subsidio al asegurado que haya incurrido en alguna o algunas de las prohibiciones del artículo anterior. Igualmente, se suspenderá cuando el asegurado se niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan, pero se reanudará, sin derecho al reintegro de los subsidios suspendidos, en cuanto modifique su conducta.

Artículo 38

Además de las prestaciones en dinero ya reglamentadas, la Caja pagará:

- a. Traslados a hospitales en casos muy calificados, que por razón del servicio médico así lo ameriten, de acuerdo con la reglamentación especial que se elaborará; y
- b. El 75 por ciento del valor de cada accesorio médico recetado por los médicos de la Caja, con un límite máximo de cincuenta colones.

Artículo 39

Para el pago de los subsidios a trabajadores asegurados cuyos patronos se encuentran en mora, se tomará como base para el cálculo de los mismos, el salario indicado en la constancia patronal o en el estudio de planillas que envía al patrono. El pago de las demás prestaciones en dinero se hará de acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior. Si el patrono negare la constancia de incapacidad, la fórmula será llenada por los inspectores de la Caja, previa visita al lugar de trabajo.

En los casos de asegurados a quienes se hayan otorgado servicios mediante la firma de una declaración, el monto de las prestaciones en dinero se calculará tomando como base el salario que los inspectores de la Caja certifiquen, conforme a lo dispuesto en el Artículo 23 de este reglamento.

(Así reformado en Sesión N° 2908, Artículo 8 del 20 de diciembre de 1962).

DEL SEGURO DE MATERNIDAD

Artículo 40

El Seguro de Maternidad abarca, en el curso de la gestación, en el parto y el puerperio, las siguientes prestaciones:

- a. Asistencia obstétrica en la casa de la asegurada o en los hospitales o maternidades designados por los médicos de la Caja.
- b. Subsidios en dinero.
- c. Asistencia láctea para los hijos de las aseguradas supeditas a las condiciones, cantidades y plazos señalados en el artículo 44.

Artículo 41

- 1- Las prestaciones indicadas en el inciso a) del artículo 40 de este Reglamento, se darán a las aseguradas directas o familiares sin discriminación alguna.
- 2- Para tener derecho a los beneficios contemplados en los incisos a) y c) del artículo 40 de este Reglamento, es necesario que la asegurada directa haya cotizado el mes anterior.
- 3- Para tener derecho a los beneficios contemplados en el Artículo 40 de este Reglamento, es necesario que la asegurada activa haya cotizado por lo menos durante seis meses, en los últimos doce antes de la incapacidad o parto.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5983, del 9 de enero de 1986, publicado en la Gaceta N° 22 de 31 de enero de 1986).

Artículo 42

La asistencia médica y farmacéutica prenatales se otorgarán dentro del Seguro de Enfermedad siempre que las aseguradas hayan cumplido con lo dispuesto en el inciso 1) del Artículo 32 de este Reglamento.

(Así reformado en Sesión N° 4132 de la Junta Directiva de la Caja, de fecha 9 de junio de 1970).

Artículo 43

Con motivo de maternidad, a toda asegurada se le extenderá una incapacidad **por cuatro meses**, período que incluye el pre y post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales aplicables a los diferentes grupos de trabajadores.

Siempre se otorgará un solo documento de incapacidad por cuatro meses naturales. Tal incapacidad le será extendida a la interesada con la oportunidad debida o por el centro de atención correspondiente, tomando en cuenta tanto la fecha probable de parto como las previsiones legales especiales, todo dentro del período ya citado de cuatro meses.

El subsidio a que tendrán **derecho las aseguradas será el 50%**

- a. Del salario devengado por la asegurada en el mes anterior al inicio de la incapacidad.

- b. Del promedio de los salarios dentro del devengado por la asegurada en los tres meses anteriores a la incapacidad, si dicho promedio resultare mayor al salario del mes anterior.

El pago del subsidio se subordina a reposo de la asegurada durante la incapacidad. No habrá, por lo tanto, derecho a él si la asegurada se dedicara a labores asalariadas. Tampoco podrá ser otorgado tal subsidio durante el tiempo en que por ley u otra causa, la asalariada esté recibiendo el sueldo o salario completo en ningún caso podrá la asegurada recibir, con el subsidio de la Caja, una suma mayor a la totalidad de su sueldo o salario.

En los casos en que el producto del parto no sea viable, se modificará el plazo de la incapacidad original otorgando una nueva por un mes a partir de la fecha del parto.

Rige a partir del 1º de agosto de 1987.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 6134 del 9-7-87, Artículo N° 10 y publicado en la Gaceta N° 145 del 31-7-87.

Artículo 44

Derogado por la Junta Directiva en Sesión N° 5593, celebrada el 11 de febrero de 1982.

Artículo 45

Las aseguradas con derecho a maternidad a quienes se les comprueba con ocasión o como consecuencia del parto que padecen de alguna enfermedad, relacionado o no con el parto mismo, tendrán derecho a recibir atención médica por esa enfermedad en la forma establecida por el presente reglamento, aún cuando al momento del parto hubieren dejado de ser aseguradas activas con derecho a atención por enfermedad.

Artículo 46

Las aseguradas quedan obligadas en provecho del buen éxito del parto y de la salud de los recién nacidos, a someterse a las prescripciones que les impartan los médicos de la Caja.

Artículo 47

Se suspenderán los subsidios en dinero, cuando la asegurada se niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan a concurrir a los consultorios de maternidad o de lactancia, señalados por la Institución, con la periodicidad indicada por el médico tratante o cuando sea requerida para ello.

Igualmente se les suspenderá el subsidio cuando se den los casos y condiciones señalados por los artículos 36 y 37 de este reglamento, en cuanto les sean aplicables atendiendo a la distinta modalidad del riesgo.

Artículo 48

Las prestaciones del Seguro de Maternidad se otorgarán a la asegurada, cualquiera que sea su estado civil.

Artículo 49

Los médicos de la Caja, de acuerdo con el resultado de los exámenes prenatales, resolverán acerca de la clase de asistencia que corresponda, sea ésta domiciliaria, hospitalaria o de cualquier otro género.

Artículo 50

Las prestaciones de maternidad podrán otorgarse a partir de la fecha de comprobación del estado de embarazo verificado por los médicos de la Caja, salvo los subsidios en dinero y el suministro de la leche, que se darán conforme a las reglas de los artículos 43 y 44. Las aseguradas deben, por los menos, cuatro meses antes de la fecha presumible del parto, solicitar la comprobación de su estado y a partir de ese momento quedan obligadas a someterse a las prescripciones médicas que se les indiquen, incluso a las relativas al reposo precedente y posterior al parto.

Artículo 51

La fecha que la asegurada señale para el parto, tendrá únicamente el carácter de una presunción que no obliga a la Caja. Solamente la fecha indicada por los médicos de la Caja que hayan comprobado el embarazo, podrá servir de base para el ajuste de los beneficios.

Artículo 52

En los casos de embarazo y de partos patológicos, la atención del riesgo corresponderá, a partir de la comprobación del estado mórbido, al Seguro de Enfermedad.

Artículo 53

El aborto y sus consecuencias estarán también a cargo del Seguro de Enfermedad. El aborto intencional no dará derecho, en ningún caso, a los subsidios en dinero.

Artículo 54

No es compatible la percepción simultánea de los subsidios de maternidad y de enfermedad.

En caso de que una incapacidad por enfermedad, relacionada o no con el parto, se inicie dentro de la incapacidad por maternidad excediendo a la

misma, o sea, continuación inmediata de aquélla, no se rebajarán los primeros tres días al comenzar a pagar el subsidio por enfermedad.

(Así reformado por el artículo 5º del Acta N° 1770 del 22 de octubre de 1956)

DEL BENEFICIO FAMILIAR

Artículo 55

El beneficio familiar comprende, para los familiares del asegurado enumerados en los artículos 57 y 58, las siguientes prestaciones:

- a. Asistencia médica general, especial y quirúrgica
- b. Asistencia hospitalaria
- c. Servicio de farmacia
- d. Asistencia obstétrica

(Así reformado en el Artículo N° 3 de Sesión N° 5438 del 7 de agosto de 1980).

- e. Traslados y hospedajes en caso de emergencia, previo el visto bueno del jefe médico del dispensario respectivo.

Tienen derecho a iniciar o continuar un tratamiento los familiares de un asegurado incapacitado por los médicos de la Caja o del Instituto Nacional de Seguros, si el período de incapacidad es de menos de seis meses y si antes de iniciarse la misma, el asegurado haya cumplido con lo establecido en el artículo 32 de este Reglamento.

Tómese nota de que el inciso d) del artículo 55, tal como se indica en su anterior transcripción, fue reformado en el artículo 3 de la sesión N° 5438, celebrada el 7 de agosto de 1980, con el fin de eliminar la disposición punitiva según la cual se ha negado la atención por maternidad a las beneficiarias solteras o casadas que necesiten esa atención como hijas del asegurado directo. Estimó la Junta Directiva que es de justicia darles los servicios correspondientes a dicho beneficio, toda vez que, al igual que cualquier otra madre, necesitan esa atención para asegurar la normalidad máxima de sus hijos.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5437 del 31 de julio de 1980).

Artículo 56

Los beneficios del artículo anterior sólo se otorgarán a los familiares del asegurado cotizante que no ejecuten trabajos asalariados; que no tengan fuentes de ingreso que les permita optar por un seguro por cuenta propia y que dependan económicamente del cotizante.

En los casos de separación de derecho o de hecho, imputables al asegurado cotizante, y cuando el cónyuge divorciado o separado no tenga otra fuente de ingresos que la pensión que le satisfaga el responsable, podrá también recibir esos beneficios. La misma regla se observará en cuanto a los hijos, independientemente que el divorcio o la separación, en su caso sean o no imputables a cualquiera de los cónyuges.

La Caja se reserva el derecho de determinar, por los medios que estén a su alcance, las relaciones de parentesco y de dependencia económica.

Artículo 57

Como familiares del asegurado para otorgamiento de las prestaciones mencionadas se consideran:

- a. La esposa
- b. El esposo que se encuentre en alguna de las siguientes condiciones:
 - 1- Que sea declarado inválido, y por lo tanto, no pueda trabajar.
 - 2- Que se encuentre realizando estudios de nivel superior mientras mantenga esta condición y dependa económicamente en forma total de su esposa.
 - 3- Que se encuentre cesante y durante el tiempo que mantenga esta condición dependa económicamente de su cónyuge.
La concesión del beneficio para los esposos queda sujeta a la realización de un estudio socioeconómico, y excepto en los casos de invalidez para trabajar, los carnés se extenderán por períodos no mayores a un año, al cabo del cual se revisará el estudio anterior.
- c. Los hijos que tengan las siguientes relaciones de parentesco:
 - 1- Los hijos de cualquiera de los padres, si existe vínculo matrimonial.
 - 2- Los hijos sean o no comunes, de padres no casados entre sí, que convivan con éstos en posesión notoria de estado, sujeta a comprobación por parte de la Caja.

Los hijos señalados en los numerales 1) y 2) anteriores que sean inválidos para trabajar, se consideran beneficiarios sin límite de edad, en los demás casos, el beneficio se otorga hasta que los hijos cumplan 18 años de edad; o hasta los 22 años si cursan estudios de enseñanza media o técnica; y hasta los 25 años cuando cursan estudios de enseñanza superior, todo a juicio y comprobación por parte de la Institución.

- d. Los menores cuya custodia haya sido confiada al asegurado en depósito judicial o por depósito realizado a través del Patronato Nacional de la Infancia, hasta que cumplan 18 años de edad.

En este último caso, la concesión del beneficio queda sujeto al resultado de un estudio para determinar si las condiciones económico-sociales de

la familia y la naturaleza de la relación menor-asegurado ameritan el otorgamiento del beneficio.

- e. La madre natural o adoptiva, o la mujer que le hubiere prodigado los cuidados propios de la madre, siempre y cuando se compruebe esta última circunstancia, a juicio de la Caja.
- f. El padre de más de 65 años, o el que siendo menor de esa edad se encuentre incapacitado para trabajar, siempre que en uno u otro caso dependa económicamente del asegurado.
- g. Los hermanos menores de 18 años o menores de 22 que cursen estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, siempre que estén debidamente inscritos, sean solteros y cumplan normalmente los estudios; y los mayores de esas edades que se encuentren inválidos. Se entiende que esos hermanos han de tener una relación de absoluta dependencia económica respecto del asegurado directo que les protege, todo a juicio de la Caja.

En los casos señalados en los incisos b), c), f) y g) anteriores, en que el requisito para conceder el beneficio sea el estado de invalidez para trabajar, la determinación de la incapacidad se hará por medio de los servicios médicos de la Caja.

*(Reformado en Sesión N° 6293, Artículo 7 del 16 de febrero de 1989.
Publicado en la Gaceta N° 46 del 6 de marzo de 1987).*

Artículo 58

La compañera del asegurado sólo tendrá derecho a las prestaciones del beneficio familiar, cuando coexistan las siguientes condiciones:

- 1- A falta de esposa legítima o cuando ésta no tenga derecho a esas prestaciones de acuerdo con los artículos anteriores.
- 2- Cuando se den a su favor todos y cada uno de los requisitos indicados en el párrafo primero del artículo 56.
- 3- Cuando tenga un año o más de convivir maritalmente con el asegurado.

Artículo 59

Las prestaciones del beneficio familiar se otorgarán tratándose de la misma enfermedad, hasta por un plazo máximo de 26 semanas y siempre que el asegurado directo haya cumplido con lo establecido en el artículo 32 de este reglamento.

Una vez iniciado el tratamiento por una dolencia, la atención se continuará hasta su total restablecimiento o hasta que se cumpla el plazo máximo de 26 semanas. Cuando el trabajador quede cesante o muera, las prestaciones del beneficio familiar, se otorgarán durante el tiempo y condiciones que

señala el artículo 26 de este Reglamento.

Para otorgar la asistencia médica a familiares de trabajadores de patronos morosos, se seguirá el mismo procedimiento establecido en el artículo 23 de este reglamento.

(Así reformado en Sesión de Junta Directiva de 9 de junio de 1970)

Artículo 60

En cuanto a la forma de la asistencia, requisitos y trámite respectivos, se estarán en los que le fueron aplicables por analogía y tomando en cuenta la diversidad del riesgo, a las disposiciones del Seguro de Enfermedad.

Artículo 61

La cobertura de la protección familiar se otorga de acuerdo con las siguientes normas:

- a. Abarcará integralmente las zonas que la Junta Directiva determine que deben estar cubiertas, bastando en este caso que la familia del asegurado resida en la zona cubierta para que tenga derecho a la protección y para que tanto él como su patrono queden obligados a cotizar, siempre y cuando además, el trabajo se realice en una zona cubierta por el Seguro de Enfermedad.

Cuando la familia del trabajador resida fuera de la zona protegida con el beneficio familiar, los familiares recibirán las prestaciones correspondientes en los centros médicos que la Caja tiene establecidos en los diversos lugares del país, o en aquellos que ésta determine cuando haya posibilidad de comprar los servicios, siempre que concurran a ellos por su propia cuenta.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 2188, Artículo 11, el 27 de abril de 1959).

- b. En las demás zonas del país donde rige el Seguro, únicamente gozarán del beneficio los familiares de los trabajadores que presten sus servicios en explotaciones agrícolas, ganaderas y en las industrias o actividades conexas con la agricultura y ganadería entendiéndose por tales, los beneficios de café, ingenios, trapiches y lecherías.
- c. El inciso c) se deroga según acuerdo de Junta Directiva, en sesión N° 4994, el 21 de abril de 1976.

Artículo 62

La protección familiar no da derecho a las siguientes prestaciones:

- a. Libre elección médica

- b. Odontología, salvo a los beneficiarios menores de 13 años y hecha la excepción del servicio de extracciones, que sí se otorgará a los demás beneficiarios sin límites de edad.
- c. Cuota de sepelio
- d. Prestaciones en dinero señaladas en los artículos 21, 36 y 38 de este reglamento.

(Así reformado en Sesión N° 5305 del 22 de marzo de 1979).

Artículo 63

Las prestaciones sociales se consideran como beneficios a los que tienen derecho los trabajadores asegurados y sus familiares en la oportunidad y dentro de la modalidad y las condiciones que señale el reglamento especial que para ese efecto se dictará.

DISPOSICIONES ESPECIALES

Artículo 64

Salvo los términos de prescripción específicamente señalados en los artículos anteriores o en la Ley, los derechos que el presente reglamento le confiere a los asegurados prescribirán en el término de un año.

Artículo 65

Este reglamento entró en vigencia el 1º de abril de 1952.

CAPITULO DE DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Transitorio I

Para efecto de las cotizaciones de los trabajadores ya incluidos en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, con salarios superiores a mil colones mensuales, a partir del 1º de junio de 1971, regirán las siguientes disposiciones:

- 1- La cotización mensual del trabajador será del 4 por ciento de los primeros tres mil colones mensuales. Por el exceso de tres mil colones cotizará mensualmente el 1 por ciento.
- 2- La cotización mensual del patrono será del 5 por ciento de los primeros tres mil colones mensuales, según sea el monto de los salarios de sus trabajadores. Por el exceso de tres mil colones cotizará mensualmente con el 1 por ciento.
- 3- La cotización mensual de Estado será del 2 por ciento de los primeros

tres mil colones mensuales, según sea el monto de los salarios de los trabajadores. Por el exceso de tres mil colones cotizará mensualmente con el 1/2.

Transitorio II

A partir del 1º de octubre de 1971, se incluirá obligatoriamente en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, en las zonas ya protegidas, a todos los trabajadores no incluidos que devenguen más de mil colones mensuales y sus cotizaciones se regirán conforme lo dispuesto en el Transitorio I.

Transitorio III

Las cotizaciones de los trabajadores con salarios superiores a tres mil colones mensuales se regirán por las siguientes disposiciones:

- 1- A partir del 1º de octubre de 1972, el salario mensual para las cotizaciones completas será de tres mil quinientos colones, del que el trabajador cotizará con un 4 por ciento, el patrono con un 5 por ciento y el Estado con 2 por ciento. Sobre los excesos de ₡3.500.00 mensuales, se cotizará en la siguiente forma: el trabajador con un 1 por ciento, el patrono con 1 1/2 por ciento y el Estado con 1/2 por ciento.
- 2- A partir del 1º de octubre de 1973, el salario mensual para las cotizaciones completas serán de cuatro mil colones de que el trabajador cotizará con un 4 por ciento, el patrono con un 5 por ciento y el Estado con un 2 por ciento. Sobre los excesos de ₡4.000.00 mensuales, se cotizará en la siguiente forma: el trabajador con 1 por ciento, el patrono con 1 1/2 por ciento y el Estado con 1/2 por ciento.
- 3- A partir del 1º de mayo de 1974, las cotizaciones se harán sobre un salario de ₡4.000.00 (cuatro mil colones) mensuales, de acuerdo con los siguientes porcentajes.

a. Patrono	6.75 %
b. Trabajador	4.00 %
c. Estado como tal	0.25 %

Sobre las sumas que exceden a ₡4.000.00 mensuales, las cotizaciones serán las siguientes:

a. Patrono	2.00 %
b. Trabajador	1.00 %
c. Estado como tal	0.0625%
4. A partir del 1º de octubre de 1974, las cotizaciones se harán sobre un salario de ₡5.000.00 (cinco mil colones) mensuales, de acuerdo a los siguientes porcentajes:

- a. Patrono 6.75 %
- b. Trabajador 4.00 %
- c. Estado como tal 0.25 %

Sobre las sumas que exceden a ₡5.000.00 mensuales, las cotizaciones serán las siguientes:

- a. Patrono 2.00 %
- b. Trabajador 1.00 %
- c. Estado como tal 0.0625 %

5- A partir del 1º de octubre de 1975, el salario total que devengue el trabajador será afectado por las cotizaciones, completas del 4 por ciento por parte del trabajador: 6.75 por ciento por parte del patrono: y 0.25 por ciento por parte del Estado como tal.

Transitorio IV

Los asegurados que por acuerdos especiales estén cubiertos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad y coticen con el 3 por ciento, por trabajar en zonas aún no cubiertas por el Seguro Social, su cotización será del 4 por ciento sobre su salario real a partir del 1º de julio de 1971.

Transitorio V

El subsidio en dinero que se pagará a los trabajadores por incapacidad, será del 50 por ciento del salario al que corresponden las cuotas del 4 por ciento, del 5 por ciento y del 2 por ciento respectivamente, por parte del trabajador, del patrono y del Estado.

Transitorio VI

En las áreas de medicina integrada o en aquéllas en donde sólo la Caja Costarricense de Seguro Social de prestaciones de salud y exclusivamente para el otorgamiento de las prestaciones señaladas en los incisos a), b) y c) del artículo 15 y a) del artículo 40 de este reglamento, los asegurados activos debidamente afiliados podrán solicitar y recibir el tratamiento médico dentro del mismo mes en que adquieran su calidad de asegurados obligatorios.

Las otras prestaciones se otorgarán de acuerdo con lo que al efecto dispone este reglamento.

(Así adicionado por la Junta Directiva en Sesión N° 4906 de 4 de junio de 1975 y reformado en Sesión N° 4919 de 16 de julio de mismo año).

Transitorio VII

La protección odontológica que para los niños menores de 13 años se con-

templa en el inciso b) del artículo 62 de este reglamento, se aplicará gradualmente según lo determine la Gerencia de acuerdo con las disponibilidades de personal, de área física y de equipo.

Así agregado en Sesión N° 5305 del 22 de marzo de 1979).

**REGLAMENTO
DE PROTESIS Y
APARATOS ORTOPEDICOS**

REGLAMENTO DE PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS

Artículo 1

La Caja Costarricense de Seguro Social podrá suministrar ayuda económica a las personas que llegaren a necesitar el uso de aparatos ortopédicos y prótesis, ya sea como parte de un tratamiento o como sustitutos de algunos órganos del cuerpo humano. Sólo en casos excepcionales, a juicio de la Gerencia se dará ayuda económica superior a la que establece el reglamento, para las prótesis y aparatos provisionales. Cuando se prescriban aparatos de Frejka, andaderas, muletas auxiliares de madera, bastones, **plantillas ortopédicas, se pagará únicamente el 75% del valor de ellos. Cuando se prescriban zapatos ortopédicos se pagará únicamente el 25% de su costo.**

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5437 del 31 de julio de 1980).

Artículo 2

Pueden disfrutar de este beneficio los asegurados directos o sus familiares con derecho a beneficio familiar y los niños protegidos por cualquiera de los seguros de la Caja.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 5437 del 31 de julio de 1980).

Artículo 3

La ayuda a que se refiere el artículo 1º consistirá en el pago del 75 por ciento del valor de la prótesis o del aparato ortopédico, sin que en ningún caso el monto del auxilio pueda pasar de ₡300.00.

Artículo 4

Para la concesión de este beneficio será preciso que el aparato ortopédico haya sido ordenado por el médico especialista tratante, autorizado por el jefe del servicio respectivo.

(Así reformado en sesión N° 4301 de la Junta Directiva, celebrada el 22 de junio de 1971).

Artículo 5

La Sección de Subsidios, con base en la orden, se expedirá una constancia de la suma que la Caja se obliga a pagar del valor total del aparato o de la

prótesis. Este pago se hará con la presentación de la factura cancelada que acredite que el aparato ya fue adquirido por el interesado, la cual irá en todo caso acompañada de la orden a que se refiere el artículo anterior.

Artículo 6

Corresponde a la Sección de y Subsidios pagar los auxilios y llevar un control de los casos en que se ha concebido para los fines del artículo 7º.

Artículo 7

La ayuda económica a que este reglamento se refiere, se podrá repetir una vez cada seis meses, siempre y cuando el médico tratante en cada caso así lo autorice expresamente. Cuando el aparato o la prótesis sea susceptible de reparación a un costo menor que la adquisición de uno nuevo, se podrá conceder ayuda para tales efectos, en cuyo caso se exigirá el requisito de que hayan transcurrido más de seis meses que se pagó el aparato o la última reparación.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 5120 del 6 de julio de 1977).

ARTICULO 8

Cuando el aparato ortopédico o la prótesis sean absolutamente indispensables para que el trabajador pueda ganarse la vida laborando en actividad productiva o el asegurado familiar se rehabilite socialmente, la Gerencia, basada principalmente en un estudio de carácter médico y social, puede conceder ayudas mayores a las indicadas en el artículo 3, siempre que no excedan de ₡20.000 (veinte mil colones). Si fueran superiores a esa suma, se requerirá la autorización de la Junta Directiva.

Así reformado por Junta Directiva Sesión N° 6271- artículo 8 del 24 de noviembre de 1988). Publicado en Gaceta N° 6 del 9 de enero de 1989.

Artículo 9

Cuando el asegurado requiera un audífono recomendado por el médico de la Caja, la Institución le dará el 75 % de su valor que no podrá ser superior a ₡300.00 siempre que los especialistas en otorrinolaringología dictaminen que el caso no es susceptible de corrección por medio de tratamiento médico quirúrgico.

La Gerencia podrá conceder sumas mayores en los casos en que además de las condiciones citadas, el audífono sea absolutamente indispensable para que el asegurado pueda continuar trabajando, y un estudio de carácter médico y otro de tipo social, justifiquen una ayuda mayor.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 5225 del 4 de julio de 1978).

Artículo 10

Cuando un asegurado o su beneficiario tenga un padecimiento severamente limitante de su capacidad física, como amputación bilateral, parálisis cerebral, atrofia muscular progresiva, artritis anquilosante u otros similares, en el que el uso de prótesis o aparatos ortopédicos no tienen gran utilidad para ellos, la Caja le podrá otorgar silla de ruedas.

Para el otorgamiento de esta prestación se entiende que ha de existir previa recomendación específica de los médicos especialistas en el ramo, y de que por otra parte exista también un estudio económico social que justifique tal concesión, siempre a criterio y resolución final de la Gerencia Médica.

Cuando se determine que las posibilidades económicas del paciente permiten la adquisición de la silla de ruedas, la Caja podrá otorgársela a éste a precio de costo. En los demás casos la ayuda que se otorgará para este fin será la establecida en los artículos 3º y 8º de este reglamento.

(Así reformado en Sesión N° 4855 de la Junta Directiva de la Caja, celebrada el 27 de noviembre de 1974).

Artículo 11

El presente reglamento rige a partir del día 15 de setiembre de 1957, según acuerdo tomado por la Junta Directiva en el artículo 6º de la Sesión N° 1909 celebrada el 2 de setiembre de 1957).

**REGLAMENTO
DE TRASLADOS Y HOSPEDAJES**

REGLAMENTO DE TRASLADOS Y HOSPEDAJES

Artículo 1

De acuerdo con el artículo 38, inciso a) y el artículo 55, inciso a) del Reglamento de Enfermedad y Maternidad, y siempre que se acaten todos los requisitos exigidos por el presente reglamento, procederá el pago de los traslados y hospedajes en casos muy calificados, que por razón del servicio médico así lo requieran.

(Así reformado en Sesión N° 3792, Artículo 10, del 23 de abril de 1968).

Artículo 2

Solamente se pagarán traslados y hospedajes en los siguientes casos:

- a. Cuando se trate de enfermos remitidos por cualquiera de las sucursales o centros asistenciales a otras sucursales o a los hospitales México, Dr. Rafael A. Calderón Guardia, Monseñor Sanabria o cualquiera otros centros especializados no indicados en el presente artículo, en casos de medicina especial, cirugía media y mayor, o de otros servicios que no puedan ser otorgados al asegurado en la sucursal remitente. Se exigirá además en este caso, salvo emergencia grave, que la sucursal que lo remita haya solicitado previamente la cita.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 4837, celebrada el 25 de setiembre de 1974).

- b. Cuando se trata de enfermos de tuberculosis o de enfermedades venéreas que vivan o trabajen en lugares lejanos y que por su propia cuenta, tengan que trasladarse al respectivo centro asistencial de la zona en donde les corresponde solicitar la atención.
- c. Cuando se trate de casos de emergencia que por circunstancias muy especiales, dada la gravedad de la enfermedad y siempre que se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado para solicitar el correspondiente traslado a la Caja, sin grave perjuicio para su salud por la demora. Queda a juicio de la Gerencia reconocer en estos casos el traslado de acuerdo con las demás normas del presente reglamento.
- d. La Gerencia podrá autorizar el pago de traslados y hospedajes en otros casos muy especiales, no contemplados en el presente reglamento.

Artículo 3

Queda a juicio exclusivo de la Caja fijar el monto máximo de los traslados, que deba satisfacer de acuerdo con este reglamento. Sólo se pagará el importe correspondiente a las tarifas ordinarias de transporte de autobuses o ferrocarril. La Caja podrá reconocer el total del transporte aéreo, cuando se trate de un caso de emergencia, a juicio de la Gerencia y que por esta

razón necesite el traslado por esa vía.

No se pagarán los traslados contemplados en los incisos a), b), c) y d) del artículo anterior, cuando su importe sea inferior a la suma de ₡1.00. (*Sesión N° 3792*).

Artículo 4

Sólo se pagarán hospedajes cuando por razones de distancia y de dolencia se haga indispensable la permanencia del asegurado en el lugar donde reciba la atención mediante la comprobación interna de que asistió a la cita médica correspondiente. La suma máxima a pagar por concepto de hospedaje, es de ₡75.00 (setenta y cinco colones) diarios por asegurado.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N° 5730 del 16 de junio de 1983).

Artículo 5

De acuerdo con los convenios suscritos por la Caja y los Ministerios, para la atención de los trabajadores que realizan labores en zonas no cubiertas por la protección del Seguro de Enfermedad y Maternidad, corre por cuenta del Ministerio el gasto de los traslados y hospedajes hasta el centro asistencial de la Caja más próximo. Cuando la Caja, de conformidad con lo dicho en el inciso b) del artículo 2º de este reglamento, lo traslade a otro centro asistencial, asumirá el pago del nuevo traslado y hospedaje, siempre y cuando se den, a su vez, todos los demás requisitos reglamentarios. (*Sesión N° 3792*).

Artículo 6

No se pagarán traslados y hospedaje en los casos de enfermedades cuyo tratamiento se inicie dentro del plazo de conservación de derechos, a que se refiere el artículo 26 del reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, ni para el retiro de anteojos, cobro de subsidios, u otros casos similares que no están expresamente contemplados en este reglamento.

Artículo 7

Como norma general, el pago de los traslados y de los hospedajes lo realizan los jefes administrativos de los centros asistenciales o sucursales a cuya jurisdicción pertenezca el asegurado. Solamente en casos muy calificados, se podrá realizar el pago en una sucursal o centro de asistencia distinto. En San José, la tramitación y pago de estas prestaciones corresponde a la Sección de Subsidios.

El asegurado o quien lo represente, debe acompañar a su solicitud de pago,

los siguientes documentos:

El carné de identificación.

La cédula de identidad, si está obligado a portarla.

Las tarjetas de citas y de atención.

Así como cualquier otro documento que la Caja llegare a exigirle.

Artículo 8

El derecho para cobrar los traslados y hospedajes prescribirá en el término de 6 meses a partir de la fecha en que el asegurado realizó el gasto. Este término prescriptivo no correrá en perjuicio de los asegurados que se encuentren internados en centros hospitalarios, sino a partir de la fecha de su salida.

(Así reformado en Sesión N° 4091 de la Junta Directiva del 6 de marzo de 1970).

Artículo 9

El beneficio de pago de traslados aquí contemplados se refiere tanto a los asegurados directos como a los beneficiarios familiares, cuando se cumplan todos los requisitos y condiciones estipulados anteriormente.

(Así aprobado por la Junta Directiva de la Caja en Sesión N° 4776 de 29 de marzo de 1974).

El presente reglamento rige desde el día 1º de enero de 1953, según acuerdo tomado por la Junta Directiva en el artículo 2º de la Sesión N° 1163, celebrada el día 17 de diciembre de 1952.

**REGLAMENTO
SOBRE AFILIACION DE
PATRONOS Y TRABAJADORES**

REGLAMENTO SOBRE AFILIACION DE PATRONOS Y TRABAJADORES

CAPITULO I

REGULACION

Artículo 1

El presente reglamento regula todo lo relativo a la afiliación de patronos y trabajadores, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 37 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

INSCRIPCION

Artículo 2

Los patronos tienen la obligación de registrar en la Caja su nombre o razón social, sus firmas y las de sus representantes legales si los tuvieren. Igualmente deberán empadronar a los trabajadores a su servicio, en los términos y condiciones que señalen los artículos siguientes.

Para determinar la anterior obligación se tomará en cuenta el lugar de trabajo, independientemente del domicilio legal de la empresa.

Artículo 3

Dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que el Seguro se extienda con carácter obligatorio a la zona donde se encuentre ubicado el negocio, empresa o explotación, o bien, dentro de los ocho días siguientes a la fecha de adquisición del negocio cuando ésta sea posterior a la de la extensión del Seguro, el patrono deberá registrar su nombre o razón social y empadronar a sus trabajadores. Suministrará la información que le solicite la Caja, en relación con las condiciones de trabajo, objeto de la empresa, naturaleza de las actividades que desarrolla y demás datos de importancia.

En igual término de ocho días, el patrono empadronará a los nuevos trabajadores que ingresaren a su servicio, cuando la empresa, negocio o explotación ya estuvieren empadronados.

Artículo 4

Las solicitudes de registro del patrono y de empadronamiento de sus trabajadores deberá formularse aquél por escrito, a la Sección de Afiliación en San José, o las Sucursales según el lugar de trabajo, y contendrá los siguientes datos, sin perjuicio de los que la Caja exija como complementarios:

1- Datos que suministrará el trabajador a su patrono:

a. Nombre y apellidos paterno y materno. Las trabajadoras casadas in-

dicarán además el apellido de su cónyuge.

- b. Sexo
 - c. Estado civil (soltero, casado, unión libre, etc).
 - d. Día, mes, año y lugar de nacimiento
 - e. Domicilio
 - f. Nombre del patrono anterior o razón de no haberlo tenido antes.
 - g. Fecha de ingreso al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte si hubiere estado cubierto por este régimen.
 - h. Número de cédula de identidad o de residencia, o razón de no estar obligado a tenerlas.
 - i. Nombres, sexo, parentesco, fechas de nacimiento de sus beneficiarios.
 - j. Nombre de otros patronos si los tuviere
 - k. Firma del trabajador.
- 2- Datos que suministrará el patrono:
- a. Nombre o razón social.
 - b. Objeto de la empresa, ubicación del centro de trabajo, número telefónico, dirección postal.
 - c. Número patronal, si ya existiere.
 - d. Número de registro consignado en la tarjeta de afiliación del trabajador, si éste ya hubiere estado asegurado con anterioridad.
 - e. Fecha de ingreso del trabajador a su servicio.
 - f. Ocupación actual del trabajador.
 - g. Salario actual.
 - h. Nombre o razón social de otros patronos, si el trabajador tuviere más de uno.
 - i. Clase de seguro para el que cotiza el trabajador.
 - j. Causas por las cuales el trabajador no puede presentar su tarjeta de afiliación.

Los expresados datos serán utilizados por la Caja para todos los efectos legales y reglamentarios y serán rectificadas por ella cuando comprobare errores u omisiones en los mismos. Es entendido que a solicitud patronal se acompañarán los documentos legales que procedan, estando facultada la Caja para aceptar cualesquiera otros medios probatorios admitidos por la Ley.

Comprobará por los medios a su alcance, y de acuerdo con la leyes civiles, los datos referentes a fecha y lugar de nacimiento del trabajador y de sus beneficiarios. En la solicitud patronal se expresará el documento que sirvió de base para la información: cédula de identidad, fe de bautismo, constancia de nacimiento del Registro Civil, constancia de matrimonio, pasaporte, etc.

Artículo 5

Recibida la solicitud a que se refiere el artículo anterior, y resuelta favorablemente, la Caja asignará al patrono un número de registro (número patronal), y le suministrará una tarjeta de identificación, la que deberá mostrar siempre que sea requerido para ello por la Institución. En dicha tarjeta se anotan las principales características que individualizan y dan a la empresa el carácter de patrono. En todas las gestiones que éste realice, así como en los documentos o comunicaciones que remita a la Institución deberá siempre consignar su número de registro.

Igualmente la Caja asignará un número para cada asegurado, que el patrono estará obligado a consignar en planillas.

Artículo 6

Practicada la inscripción, la Caja le avisará al patrono y a los trabajadores, a los últimos por intermedio de aquél. El patrono está obligado a entregar a sus trabajadores los avisos de inscripción, y si se negare a ello sin justa causa, será responsable de los daños y perjuicios que pudieren irrogarse.

Artículo 7

Al resolver la inscripción, la Caja determinará, de acuerdo con el domicilio del trabajador y demás circunstancias que procedan de la unidad médica a la que tanto él como sus beneficiarios quedan adscritos, para efecto del disfrute de las prestaciones médicas que tuvieren derecho. Esta circunstancia, será comunicada al patrono.

Al demandar los asegurados y sus beneficiarios por primera vez esas prestaciones médicas, así como las demás que autorizan los reglamentos, deberán demostrar el aviso de inscripción, oportunidad en la cual se les suministrará un carné que contendrá los siguientes datos:

1. Número de registro, el cual corresponderá al número de carné.
2. Nombre y apellidos paterno y materno del asegurado. En el caso de aseguradas casadas, se indicará también el apellido del cónyuge.
3. Número de cédula de identidad o de residencia.
4. Día, mes, año y lugar de nacimiento.
5. Fotografía del trabajador.
6. Firmas del afiliado y del empleado autorizado por la Caja para expedir el carné.
7. Fecha de expedición del carné.

También se entregará el carné al asegurado o sus beneficiarios que expresamente lo soliciten. Este carné deberá presentarlo el asegurado a su patrono o a la Caja cuando por ellos fuere requerido en tal sentido. Si se negare,

sin justa causa, aquéllos quedarán exentos de cualquier obligación legal o reglamentaria que tuvieran para con él. En las sucesivas solicitudes de asistencia y demás prestaciones reglamentarias, bastará la presentación del carné.

Artículo 8

En los casos en que un patrono no cumpla con la obligación de empadronar o inscribir al trabajador, éste tiene el derecho de gestionar la inscripción directamente proporcionando, bajo su responsabilidad, los informes y documentos respectivos, sin que ello exima al patrono de las sanciones a que se hiciere acreedor. La Caja recibirá la solicitud del trabajador, se dirigirá al patrono para que éste, en un plazo de ocho días, remita la solicitud de inscripción o manifieste lo que a su derecho corresponde.

La Institución puede también decidir la inscripción sin previa gestión de patronos o trabajadores, en los términos que indica el artículo siguiente.

Artículo 9

Cuando el patrono omitiese la inscripción de sus trabajadores, o la propia, como tal, la Caja procederá a la misma con los datos que al efecto pueda recabar. Dentro de los 15 días siguientes a la verificación de la inscripción la comunicará al patrono, a efecto de que éste haga valer sus derechos, si los tuviere.

Artículo 10

En caso de que un patrono tuviera dudas sobre la obligación de inscribir a uno a más de sus trabajadores, podrá, al gestionar la inscripción, expresar por escrito las razones en que funda sus dudas, pero estará mientras tanto obligado a doblar las cuotas respectivas. La Caja resolverá sobre la procedencia o improcedencia de la inscripción dentro del término de 20 días, que se contarán a partir de la fecha de recepción de la solicitud y comunicará lo que resuelva, al patrono. Si resolviere en el sentido de que existe la obligación de empadronar, devolverá al patrono y al trabajador, sin intereses, el monto de las cuotas enteradas.

Tal devolución deberá hacerse dentro de un plazo de 30 días siguientes a la resolución citada. La Caja no otorgará servicios médicos hasta tanto no se haya resuelto en definitiva la procedencia de la inscripción.

Artículo 11

Acorde con lo dispuesto en el artículo 9º, cuando un patrono omitiera llevar libros de salarios o planillas, incumpliendo al respecto las leyes laborales o se negare sin justa causa, a facilitar las inspecciones que ordene la Caja,

ésta determinará, con base en los datos de que pueda disponer o recabe al efecto, los sujetos del Seguro, los salarios que corresponden a los trabajadores, los riesgos que el patrono debe cubrir y los demás extremos relacionados con la aplicación de la Ley y de este reglamento.

CAPITULO II

DE LOS AVISOS QUE DEBAN DAR LOS PATRONOS

Artículo 12

Los patronos están en la obligación de remitir a la Caja todos aquellos avisos que se refieren a clausura de sus establecimientos, cambio de razón social, traspaso de dominio por cualquier título, arrendamiento y cualesquiera otros que la Institución estime de interés. Dichos avisos deberán darse, acompañando los documentos legales que procedan en un plazo de 8 días que se contarán a partir del momento en que tenga lugar alguna de las eventualidades contempladas.

Dentro del mismo término aquí consignado, comunicarán todos aquellos cambios que pudieren operarse en las condiciones de trabajo de sus servidores, tales como los referentes a terminación de los contratos laborales, modificaciones en los salarios, traslados de lugar de trabajo y los demás que sean atingentes. La Institución se reserva el derecho de comprobar la exactitud de tales datos.

Artículo 13

El aviso que el patrono remita a la Caja dando cuenta de la terminación del contrato de trabajo, contendrá los datos necesarios para la identificación del asegurado, la fecha en que cesó el contrato y la causa que la motivó. Igualmente, todo cambio en el salario, motivará aviso del patrono en el que indicará la fecha a partir de la cual rige el cambio y precisará el salario inmediato anterior y el actual.

Artículo 14

Los anteriores avisos, lo mismo que las solicitudes de inscripción, deben ser remitidos a la Caja en las formas prescritas y en las fórmulas que para tal efecto elaborará, fórmulas que la Institución está obligada a distribuir gratuitamente a los patronos.

Artículo 15

Los avisos deberán enviarse a la Sección de Afiliación en San José, o a las Sucursales según el lugar de trabajo.

Transitorio IX

De 1986 a 1987 y mientras rija el convenio suscrito entre el Ministerio de Hacienda y la Caja con el propósito de establecer algunas medidas financieras tendientes a contrarrestar el acelerado endeudamiento del Estado con la Caja, por concepto de las contribuciones que como tal debe hacer a la Seguridad Social, la contribución para el Estado como tal, para financiar este Seguro, será del 0.75% del monto de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por este Régimen.

(Así reformado por la Junta Directiva en Sesión N° 6084 de 15 de enero de 1987 y publicado en la Gaceta N° 23 del 3 de febrero de 1987).

DISPOSICIONES ESPECIALES TOMADAS POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA EN EL ARTICULO 13 DE LA SECCION N° 3767 CELEBRADA EL 27 DE FEBRERO DE 1968

La Junta Directiva acuerda que todo asegurado amparado por los regímenes sociales que administra la Institución está en la obligación de cotizar para sus respectivos regímenes durante el tiempo que disfrute de una beca o permiso, siempre cuando se concedan con disfrute de salario o parte del mismo, y dejar sin efecto a partir de esa fecha, el pronunciamiento del Departamento Legal de 10 de Junio de 1959, sobre los extremos comentados.

**REGLAMENTO PARA LA EXTENSION
DE LOS SEGUROS SOCIALES
A LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES**



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE RELACIONES PUBLICAS**

**Aprobado por la Junta Directiva de la C.C.S.S. en la Sesión N° 5536 del 23 de julio de 1981
y publicado en La Gaceta N° 161 del 24 de Agosto del mismo año.**

REGLAMENTO PARA LA EXTENSION DE LOS SEGUROS SOCIALES A LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES

(Aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en el Artículo 4 de la Sesión N° 5536, celebrada el 23 de julio de 1981).

Artículo 1

De conformidad con los términos del párrafo 2, artículo 3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se extiende la aplicación de los Seguros de Enfermedad y Maternidad y de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores independientes.

Artículo 2

Para los efectos de este reglamento, se entiende por trabajadores independientes aquellas personas que, en cualquier forma o modalidad de trabajo, realicen una actividad por cuenta propia, con o sin trabajadores bajo su dependencia.

Están incluidas dentro de esta denominación las personas que sin ser asalariadas, tengan ingresos mensuales de referencia superiores al 75% del salario mínimo vigente para las actividades agrícolas nacionales y que la Caja califique como independientes, por llenar esa condición y otras calidades que este reglamento establece.

Reforma al Artículo 3, inciso a) del Reglamento para la Extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores Independientes.

Artículo 3

Los trabajadores independientes asegurados, pagarán:

- a. En el Seguro de Enfermedad y Maternidad, una cotización de acuerdo con la siguiente escala:

Categoría	Ingreso Mensual de Referencia	Porcentaje de Cotización
1	De 3.228.22 a 3.499.00	5% (cinco por ciento)
2	De 3.500.00 a 3.999.00	5.50% (ciento cincuenta por ciento)
3	De 4.000.00 a 4.749.00	6.50% (seis cincuenta por ciento)
4	De 4.750.00 a 5.499.00	7.50% (siete cincuenta por ciento)
5	De 5.500.00 a 6.499.00	8.50% (ocho cincuenta por ciento)
6	De 6.500.00 a 7.499.00	9.50% (nueve cincuenta por ciento)
7	De 7.500.00 y más	12.25% (doce veinticinco por ciento)

El ingreso de referencia de los asegurados independientes ya inscritos como tales será incrementado para estos efectos, en la proporción que fija esta escala al conservar la misma categoría (uno a siete) de la escala anterior.

En la fijación del ingreso mensual de referencia se tomará en cuenta el tipo de actividad del solicitante. Salvo prueba en contrario, la Caja se basará en el ingreso presuntivo que para algunas actividades y profesiones señalan el Decreto de Salarios Mínimos vigente y la Ley del impuesto sobre la Renta.

El Estado, a través del Presupuesto Nacional o del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, financiará la diferencia entre la correspondiente cuota cubierta por el trabajador independiente y el 12.25% (doce punto veinticinco por ciento) de los ingresos registrados o de referencia que hayan sido aceptados por la Caja, según la escala anterior.

- b. En el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte la cotización será igual al 7.25% del ingreso mensual de referencia.

Rige a partir del 1º de abril de 1984.

(Así reformado por la Junta Directiva en el artículo 14º de la Sesión Nº 5795 del 16 de febrero de 1984 y publicado en la Gaceta Nº 68 del 5 de 1984).

Artículo 4

El trabajador independiente podrá acogerse sólo al Seguro de Enfermedad y Maternidad prescindiendo del de Invalidez, Vejez y Muerte; pero para asegurarse en este último seguro, es condición indispensable estar afiliado al de Enfermedad y Maternidad. Para el ingreso al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte deberán cumplirse todas las normas generales relativas al reglamento respectivo.

Artículo 5

Para tener derecho a los servicios médicos en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, el asegurado deberá estar al día en el pago de las cotizaciones.

El pago deberá hacerse mediante el sistema de comprobantes que emitirá la Caja en cualquiera de los lugares autorizados.

Para recibir la prestación, el asegurado deberá presentar la cédula de identidad, el carné de asegurado y los recibos pagados hasta el mes, incluido éste en que solicite el servicio.

Artículo 6

El aseguramiento como independiente conlleva las mismas obligaciones y derechos que tienen los asegurados asalariados en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, con la salvedad del Subsidio en dinero. Este subsidio se pagará

únicamente a quienes se internen en un centro hospitalario y que por razón de sus ingresos, estén cotizando con la cuota mínima señalada en el artículo 3 de este reglamento.

Durante el período de incapacidad, el asegurado deberá continuar pagando la cotización respectiva.

Artículo 7

Una vez adquirida la condición de asegurado independiente, ésta es irrenunciable, por lo que quien la adopta se obliga a cotizar indefinidamente hacia el futuro. Sólo se interrumpe o se pierde esa condición cuando el trabajador independiente se convierte en asalariado sujeto al seguro obligatorio o cuando se acoge a la pensión.

Artículo 8

Periódicamente la Caja hará revisión de los ingresos mensuales de referencia y establecerá las adecuaciones que sean necesarias. Cuando se eleve el salario mínimo vigente para las actividades agrícolas, se ajustará, en lo que corresponda, la cuota mínima que debe pagarse en ambos seguros.

Artículo 9

Las disposiciones generales de este Reglamento se aplicarán a los convenios que suscriba la Caja con cooperativas, asociaciones y grupos especiales que soliciten los beneficios del Seguro Social en sus dos Regímenes o en uno solo de ellos.

En materia de cotizaciones, los grupos incluidos mediante estos convenios deberán pagar el 12.25% del ingreso de referencia que para cada caso establezca la Caja.

(Así reformado por la Junta Directiva en el artículo 7º, Sesión N° 5675 celebrada el 25 de noviembre de 1982 y publicado en la Gaceta N° 244 del 21 de diciembre de 1982).

Artículo 10

Este Reglamento deroga y sustituye en su totalidad al Reglamento para la Extensión de los Seguros Sociales a los trabajadores independientes, aprobado en sesión N° 5259 del 19 de octubre de 1978 y rige a partir del 1 de setiembre de 1981, para los actuales asegurados en este régimen y para nuevos trabajadores independientes que se afilien al sistema.

Transitorio 1

Todos los ingresos de referencia mayores de un mil colones mensuales registrados a fecha en que entre en vigencia este reglamento, se aumentarán

automáticamente en un 40% (cuarenta por ciento).

Sin embargo, la persona que se considere perjudicada aportará las correspondientes pruebas para establecer su ingreso real mensual.

El trabajador independiente tendrá un plazo máximo de tres meses, a partir de la vigencia de este reglamento, para presentar el respectivo reclamo. Cualquier modificación que se acepte entrará en vigencia en los recibos que se emitan con posterioridad a la resolución respectiva.

(Este Reglamento rige a partir del 1º de julio de 1981).

CAPITULO III

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 16

Cuando el asegurado dejare de prestar sus servicios, antes de que el patrono le pueda hacer entrega del carné de afiliación, éste será devuelto a la Caja, en el término de 8 días, y el afiliado cesante podrá entonces solicitarlo directamente a la Institución.

Artículo 17

El trabajador que ingresare a un nuevo trabajo y que hubiere estado asegurado con anterioridad, deberá presentar a su nuevo patrono el carné de afiliación, a efecto de que él pueda consignar los datos que correspondan en los avisos que está obligado a enviar a la Caja.

Artículo 18

En caso de pérdida del carné la Caja entregará un duplicado por conducto del patrono, previa la solicitud correspondiente y pago por el interesado de la suma que fije la Institución, la que será igual al costo de dicho documento.

Artículo 19

Cuando la Caja, por medio de personas autorizadas, expresamente verifique la extinción de una empresa cancelará el número patronal, así como el registro de los asegurados y beneficiarios correspondientes a ese patrono, respetando los derechos adquiridos conforme a la ley y a los reglamentos.

Artículo 20

El personal autorizado por la Caja podrá revisar libros de salarios, planillas, controles de tiempo y demás documentos de interés para la Institución, así como visitar los establecimientos donde presten sus servicios los trabajadores, y los domicilios de estos últimos para verificar tanto los datos de afiliación como los demás que estuvieren registrados. El patrono y los trabajadores están en la obligación de facilitar a dicho personal, la práctica de todas las diligencias necesarias para determinar el exacto cumplimiento de la Ley y este reglamento.

Artículo 21

Los trabajadores y sus beneficiarios deberán proporcionar a la Caja los datos que le sean requeridos para su identificación y determinación de parentesco, suministrando además los documentos que les sean solicitados.

Los asegurados deberán avisar los cambios en su estado familiar y hacer el registro de los nuevos beneficiarios mediante la presentación de los documentos probatorios. La Caja se reserva el derecho de comprobar la exactitud y legalidad de tales atestados.

CAPITULO IV

SANCIONES

Artículo 22

El no acatamiento o la infracción de cualquiera de los artículos de este reglamento, hará incurrir al culpable en las sanciones previstas por la Sección VI de la Ley Constitutiva de la Caja, en lo que le fueren aplicables.

CAPITULO V

VIGENCIA DEL REGLAMENTO

Artículo 23

El presente reglamento rige a partir del 15 de abril de 1961 y deroga todas aquellas disposiciones del reglamento de Enfermedad y Maternidad que se le opongan.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Transitorio I

Queda autorizada la Gerencia para aplicar paulatinamente el presente reglamento, de acuerdo con las necesidades, propósitos y posibilidades de la Institución.

Transitorio II

La obligación de reafiliar a los actuales asegurados, corresponde a sus patronos, para lo cual éstos gozarán del plazo que en cada caso fije la Gerencia a partir de la vigencia de este reglamento, plazo dentro del cual la Caja dará todas las facilidades e informes que se requieran.

REFORMAS AL REGLAMENTO DEL FONDO NACIONAL DE MUTUALIDAD PARA LOS TRABAJADORES

REGULACION

Artículo 1

El presente Reglamento regula los beneficios, la administración, el control, el otorgamiento de prestaciones y demás aspectos del Fondo Nacional de Mutualidad para los Trabajadores y Pensionados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CAMPO DE APLICACION

Artículo 2

Este fondo protege a todos los trabajadores cotizantes del Seguro de Enfermedad y Maternidad y a los pensionados por invalidez, vejez o viudez del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, así como a sus cónyuges o personas que convivan con ellos en unión libre. En este último caso el pago del beneficio queda condicionado a un estudio social. Si el resultado del estudio se ajusta a las condiciones establecidas en el artículo 49º del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, se procederá a cancelar dicho beneficio.

BENEFICIOS

Artículo 3

Para tener derecho a los beneficios que otorga este reglamento, es necesario que el asegurado fallecido haya aportado por lo menos tres cuotas en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de la muerte o inicio de una incapacidad otorgada por la Caja, y en el caso de los pensionados por invalidez, vejez o viudez del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se requiere que la pensión se encuentre en curso de pago.

Artículo 4

El beneficio económico de este Fondo que le corresponderá a los derechohabientes, estará determinado por los salarios oficialmente reportados a la Caja y la cotización efectuada, de acuerdo con el promedio resultante de

los últimos tres meses y sin que en ningún caso ese beneficio sea inferior a los ₡10.000 (diez mil colones) ni mayor de ₡50.000 (cincuenta mil colones), de conformidad con las siguientes normas:

- a. Cuando fallezca el asegurado directo se otorgará el equivalente a tres veces el salario promedio indicado anteriormente.
- b. Cuando fallezca el cónyuge, compañera o compañero del asegurado o asegurada directos, se otorgará el equivalente a las dos terceras partes de lo que le hubiere correspondido a los derechohabientes por el fallecimiento del asegurado directo.
- c. No procede el pago simultáneo de los beneficios indicados en los incisos a y b de este artículo con la muerte de un asegurado en su doble condición de asegurado directo y de cónyuge o compañero(a) del beneficiario. Cuando se presente esta doble posibilidad se otorgará el monto mayor que corresponda.
- d. Para el cálculo del beneficio a los pensionados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que tengan derecho a él, se aplicarán las normas anteriores, considerando como salario promedio el monto de la pensión en curso de pago a la fecha de la muerte.

BENEFICIARIOS

Artículo 5

Son beneficiarios de este Fondo cualesquiera de los siguientes familiares: cónyuge, compañera o compañero, hijos, madre, padre, hermanos.

Artículo 6

En ausencia de los anteriores beneficiarios y siempre que hayan transcurrido por lo menos 15 días hábiles desde la fecha de la muerte, el beneficio se podrá cancelar a la persona que demuestre haber realizado los gastos del funeral.

REQUISITOS PARA EL COBRO

Artículo 7

Para que el interesado que haya efectuado los gastos del funeral, pueda hacer efectivos los beneficios estipulados en el artículo 4, presentará los siguientes documentos según corresponda.

- a. Constancia de defunción.

- b. Cédula de identidad del asegurado fallecido y del derechohabiente.
- c. Prueba de la relación con la persona fallecida.
- d. Facturas a su nombre que comprueben los gastos reales efectuados por la cancelación de los servicios del funeral o cualquier otro documento formal válido, a juicio de la Caja.

CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 8

El derecho de cobrar este beneficio prescribe en seis meses contados a partir de la fecha del fallecimiento de la persona, que se encuentra protegida por este Fondo.

Artículo 9

No podrán alegarse derechos adquiridos o pedir la aplicación de estas disposiciones, para aquellos casos no contemplados en este Reglamento.

Cuando se cancele este beneficio, no corresponderá el pago de la cuota de sepelio que establece el artículo 29 del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, ni del capital de defunción que establece el artículo 59 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Toda aquella situación aquí no prevista, se resolverá de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, exceptuando lo que se refiere al artículo 5 de ese Reglamento.

OPERACION DEL FONDO

Artículo 10

El Fondo percibirá sus ingresos de los intereses de los bonos que se registren como inversión por concepto de remanente del Seguro de Enfermedad y Maternidad, de la deuda del estado pendiente al 31 de diciembre de 1985.

La Administración separará los valores correspondientes al Seguro de Enfermedad y Maternidad, para constituir un fondo especial tanto para su capitalización como para el eventual financiamiento de otros programas.

(Así reformado por Junta Directiva en Sesión N^o 6087 del 22 de enero de 1987, Gaceta N^o 30 del 12 de febrero de 1987).

Rige a partir del 1^o de enero de 1987.



IMPRESO EN
MICROFOTOGRAFIA Y PUBLICACIONES
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL