

## GUÍA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Para facilitar el proceso en la atención de reclamos, pre-autorizaciones o coordinación de atenciones médicas usted puede utilizar los siguientes canales que se han puesto a disposición de los asegurados:

Servicio atención telefónica:

[800 Medical \(800-633-4225\)](tel:800-633-4225)

Correo Electrónico:

[autorizacionesins@ins-cr.com](mailto:autorizacionesins@ins-cr.com)

Correo para solicitud de cheques:

[inscheques@ins-cr.com](mailto:inscheques@ins-cr.com)

Página Web para acceder a la red:

[www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)

### PARÁMETROS DE USO:

Los pasos a seguir para recibir atenciones médicas se detallan a continuación:

El Asegurado deberá pre-autorizar cualquier gasto médico con un monto igual o superior a \$300 a excepción de medicamentos que no requieren ser pre-autorizados y serán pagados vía reembolso.

En caso de requerir pago directo para los montos menores a los \$300 el Asegurado deberá solicitar la pre-autorización, caso contrario se pagarán vía reembolso.

Para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a los Asegurados, no obstante, el Asegurado tiene libre elección médica, en caso que el Asegurado opte por ésta última opción se aplicaran condiciones diferentes, en relación a la participación en los gastos.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por medio del Administrador de Servicios Médicos en atenciones hospitalarias y cirugías ambulatorias, una vez asumidos por el Asegurado los montos que correspondan.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos indemnizables, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos o coaseguros estipulados y cualquier otro gasto que no sea objeto de cobertura.

En caso que el Asegurado utilice los bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso de conformidad con el costo de servicios médicos. El utilizar proveedores que no forman parte de la red de proveedores afiliados no exime al Asegurado de preautorizar los procedimientos que así determine el INS, ni tampoco implica un pago directo. En caso de que el Asegurado no pre-autorice el uso de un servicio médico fuera de la red de proveedores se aplicará un coaseguro mayor.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al número telefónico 2284-8500.

Cuando se requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, el Asegurado deberá enviar un correo electrónico a la dirección [autorizacionesins@ins-cr.com](mailto:autorizacionesins@ins-cr.com), o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de Pre-autorización debidamente cumplimentado por el médico tratante o bien presentarse a las plataformas de los Centros Médicos.

Toda solicitud de pre-autorización deberá ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación debidamente cumplimentada y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X, exámenes realizados o cualquier otro documento que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Para todos los servicios a excepción de los prestados en Sala de Urgencias, el Instituto brindará confirmación de la evaluación de la pre-autorización, dentro del plazo de cinco días indicado. Para los servicios prestados en la Sala de Urgencias, la respuesta sobre la resolución de la solicitud no excederá los 45 minutos; una vez que se haya remitido toda la información necesaria.

Para solicitar pre autorizaciones de médicas el Asegurado podrá llamar a la línea gratuita 800 MEDICAL (800- 6334 225), en donde se tramitará la solicitud según las condiciones del presente contrato.

Para solicitar pre autorizaciones de consultas médicas el Asegurado podrá llamar a la línea gratuita 800 MEDICAL (800- 6334 225), en donde se tramitará la solicitud según las condiciones del presente contrato.

En casos de emergencia o accidentes donde el Asegurado no pueda notificar al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir la atención médica, el Asegurado deberá comunicar el evento en las veinticuatro (24) horas siguientes una vez que se encuentre en condiciones para realizar el aviso, donde se le aplicará los gastos de proveedor dentro de red, aún si la atención brindada fue en un proveedor no afiliado. En caso que no cumpla con el plazo señalado, se le aplicará las condiciones de fuera de red.

En algunas coberturas que se requiera utilizar servicios hospitalarios y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costo y que involucren gran tecnología, ya sea que necesiten internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, requerirán de pre-autorización. De no cumplirse con este requisito, las coberturas serán cubiertas de conformidad con el porcentaje de coaseguro mayor

### **Utilización del seguro fuera de Costa Rica**

En caso de utilización del seguro fuera de Costa Rica el Asegurado deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos a los siguientes números telefónicos y datos de contacto, para gestionar la coordinación respectiva.

- **Números gratuitos**  
1 844 865 0804 USA  
900 995 484 España
- **Números directos**  
+1 (407) 264-7118 USA  
(091) 189-5152 España  
+1 (407) 264-7118 Canadá/Caribe/Resto de las Américas\*  
+34 (91)189-5152 Europa/Resto del mundo\*

\*Llamada para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde el lugar donde se encuentra. También puede utilizar las líneas +1 (305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227 y el correo electrónico: [insinternacional@ins-cr.com](mailto:insinternacional@ins-cr.com). Indicando el servicio que requiere, la razón médica, un número telefónico donde se ubicar. Adicionalmente, el país donde se encuentra, así como la zona.

Todos los gastos incurridos tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos. Si el seguro contratado su ámbito de cobertura es Regional, pero debe utilizar la póliza fuera de la región, serán tramitados únicamente por reembolso y al costo de servicios médicos de la región.

### **Enfermedad aguda o accidente fuera de Costa Rica**

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no pre-existente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero (ver anexo de la Cobertura) en caso de haberla suscrito. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas de este seguro.

Si se suscribió la cobertura regional y los gastos son efectuados fuera de Centroamérica los mismos se tramitarán únicamente vía reembolso y una vez superado el deducible anual elegido, y de acuerdo a las condiciones pactadas.

Si los gastos son fuera de Centroamérica y el ámbito de cobertura es internacional y se suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia, y deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos, a los números de contacto antes indicados. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero, de igual manera deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos.

Si el Tomador del Seguro no suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero o el Asegurado no realiza la coordinación mediante el Administrador de Servicios Médicos y sufre un accidente o enfermedad aguda deberá presentar los gastos utilizando la modalidad de reembolso, de acuerdo a las condiciones contratadas en el seguro.

### **USO DE LA RED DE PROVEEDORES:**

El Instituto ofrece diferentes redes de proveedores, en los cuales, según sea la red así serán las condiciones al momento de utilizar alguna cobertura del seguro, a continuación, se detalla la aplicación de deducibles y coaseguros en cada red:

### **Para Gastos Ambulatorios**

Dentro de la Red Primaria, Medicina Virtual y RSS: No aplica deducible, copago ni coaseguro

Dentro de la Red Preferente: Aplicará un coaseguro del 10%  
 Dentro de la Red de Proveedores: Aplicará un coaseguro del 20%  
 Fuera de la Red de Proveedores: Aplicará un coaseguro del 30%

**Para Gastos por Hospitalización**

Dentro de la Red de Proveedores: Aplicará un coaseguro del 20%  
 Fuera de la Red de Proveedores: Aplicará un coaseguro del 30%

Para aquellos casos donde el Asegurado no pre-autorice, fuera de la red de proveedores algún servicio, **sea ambulatorio o hospitalario se aplicará un coaseguro del 40%.**

**DETALLE DE LA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE:**

GASTOS	
<u>Ambulatorios</u>	<u>Hospitalarios</u>
<b><u>Dentro de Red:</u></b> No acumulan deducible	
<b><u>Fuera de Red:</u></b> Sí acumulan deducible	
Para hacer uso de ellos, no se requiere acumular Deducible, el Asegurado sólo participa de Copago o Coaseguro.	Para hacer uso de ellos, el Asegurado debe acumular Deducible, así como participar del Copago y un Coaseguro.
Medicamentos	
Sí acumulan deducible ( <b>Dentro y fuera de Red</b> )	No acumulan deducible

**REQUISITOS PARA PRESENTAR UN RECLAMO POR REEMBOLSO:**

I. **Gastos Médicos:**

- El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- Comprobantes de pago en caso que se requieran.
- Prescripciones y recetas médicas.
- Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

II. **Gastos Médicos por odontología:**

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente lleno.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (**las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida**).
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento que constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.