



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Financiera

Gerencia Médica

# Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago



Dirección de Coberturas Especiales  
Dirección de Cobros  
Dirección Financiero Contable  
Dirección Proyección de Servicios de  
Salud

**Octubre 2016**

 <b>Caja Costarricense Del Seguro Social</b>	Gerencia Financiera  Gerencia Médica		
<b>Fecha de aprobación:</b>  25 de noviembre 2016	<b>Rige a partir de:</b>  25 de noviembre 2016	<b>Versión:</b>  03	

## 1. Contenido

<b>1</b>	<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Alcance y campo de aplicación</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Objetivos del manual</b> .....	<b>5</b>
3.1	Objetivo General .....	5
3.2	. Objetivos Específicos .....	5
<b>4</b>	<b>Glosario</b> .....	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>. Marco legal</b> .....	<b>12</b>
5.1	. Leyes.....	12
5.2	. Reglamentos .....	13
5.3	. Manuales.....	13
5.4	. Instructivos .....	13
5.5	. Responsabilidades .....	14
5.5.1	Funcionarios Registros de Salud y/o Emergencias .....	14
5.5.2	Profesionales en ciencias médicas .....	14
5.5.3	Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.....	15
5.5.4	Área Financiero Contable, o Administración del establecimiento de salud.....	17
5.5.5	Sub-Área Contabilidad Operativa.....	17
5.5.6	Dirección de Cobros .....	18
5.5.7	Direcciones Regionales de Sucursales.....	18
5.5.8	Sucursales.....	19

5.5.9	Área Gestión de Cobro a Patronos .....	19
5.5.10	Área Control de la Morosidad .....	20
5.5.11	Sub-Área Cobro Administrativo a Patronos.....	20
5.5.12	Sub-Área de Cobro Judicial a Patronos .....	20
5.5.13	Sub-Área Adecuación de Deudas .....	21
5.5.14	Área Atención a Patronos .....	21
5.5.15	Sub-Área Plataforma de Servicios .....	21
5.5.16	Gestor de Cobro de Sucursales y Oficinas Centrales .....	22
5.5.17	Área de Coberturas del Estado .....	22
5.5.18	Sub-Área Caja y custodia de Valores .....	24
5.5.19	Área de Tesorería .....	24
5.6	De la facturación de servicios de salud a personas No Aseguradas con capacidad de pago .....	24
5.7	De la gestión de recaudación y cobro.....	30
5.7.1	Del pago inmediato (cobro oportuno).....	31
5.7.2	De la atención de reclamos y la gestión de pago inmediato (cobro oportuno)...	31
5.7.3	De las adecuaciones de pago .....	32
5.7.4	De la gestión de cobro administrativo .....	32
5.7.5	Del registro de facturas especiales .....	32
5.7.6	De la notificación del aviso de cobro.....	33
5.7.7	De la firmeza administrativa.....	33
5.7.8	Del Procedimiento para la certificación base de la Gestión Judicial .....	34
5.7.9	De la custodia de documentos .....	35
5.7.10	De la declaratoria de difícil recuperación .....	35
5.7.11	Del control .....	35
5.8	Del registro contable.....	36
5.8.1	De la facturación.....	36
5.8.2	Del registro contable de los intereses sobre las facturas .....	36
5.8.3	De la anulación de la factura.....	37

5.8.4	De la liquidación de la factura .....	38
5.8.5	Del registro contable de convenios de pago .....	41
5.8.6	De la recaudación de convenios de pago .....	42
5.8.7	Del registro contable de arreglos de pago.....	43
5.8.8	De la recaudación de arreglos de pago.....	44
5.8.9	Del registro contable de DIFICIL RECUPERACION sobre facturas por servicios de salud .....	44
5.8.10	Del registro contable de la liquidación de cuentas por cobrar contra la difícil recuperación de las facturas por servicios de salud. ....	45
5.8.11	Del registro contable de facturas especiales .....	45
<b>6</b>	<b>Procedimientos.....</b>	<b>47</b>
6.1	Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago 47	
<b>7</b>	<b>Disposiciones Generales .....</b>	<b>49</b>
7.1	Derogación de normas (del procedimiento anterior) .....	49
7.2	Transitorio I .....	50
7.3	Transitorio II .....	50
7.4	Transitorio III .....	50
7.5	Transitorio IV .....	50
<b>8</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>51</b>
8.1	Anexo No. 1: Prevención de Pago- Aviso de Cobro Cálculo de prestaciones a cobrar 51	
8.2	Anexo No. 2: Solicitud de estudio .....	52
8.3	Anexo No. 3: Guía básica de entrevista.....	53
8.4	Anexo No.4 Diagrama de flujo: Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago.....	54

## 1 Introducción

En la actualidad, la Caja Costarricense del Seguro Social cuenta con varias modalidades de aseguramiento, que permiten incluir a los diferentes sectores de la población; entre los que se encuentran aquellos obligados a cotizar (Asalariados, Trabajador Independiente), los no obligados a cotizar (Aseguramiento Voluntario) y los asegurados por Cuenta del Estado.

Sin embargo, según datos de la Dirección Actuarial del año 2012, en Costa Rica existe alrededor de un 6% de personas, que a pesar de contar con ingresos, no contribuyen a la seguridad social y que cuando acceden a los servicios de salud que brinda la Institución, lo deben hacer bajo su responsabilidad económica.

El cobro de dichos servicios, está regulado por el Reglamento del Seguro de Salud, en sus artículos 61 y 74.

El propósito del presente Manual es proporcionar la normativa acorde con la realidad, de aplicación en toda la Institución para los procedimientos de facturación, recaudación, registro contable y cobro de los servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

Se agradece el apoyo y colaboración decidida y desinteresada que los funcionarios de las Direcciones de Cobros, Financiero Contable y de la propia Gerencia Financiera, brindaron al equipo técnico durante el desarrollo y elaboración del presente documento.

## **2 Alcance y campo de aplicación**

Las regulaciones y procedimientos que se indican en el presente Manual son de aplicación obligatoria para todas las unidades médicas, administrativas y financieras de la Caja Costarricense de Seguro Social, que tienen relación con el proceso de verificación de la condición de aseguramiento así como el trámite y control de la facturación, cobro, recaudación y conciliación de cuentas por servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

## **3 Objetivos del manual**

### **3.1 Objetivo General**

Proporcionar un instrumento con la descripción clara de la normativa institucional y los procedimientos relacionados con la facturación, recaudación, contabilidad y cobro, de los servicios de salud, brindados a personas no aseguradas con capacidad de pago, con el fin de permitir la continuidad y la eficiencia de dichos servicios.

### **3.2. Objetivos Específicos**

- Proporcionar una guía a los funcionarios que participan en facturación, recaudación, contabilidad y cobro de los servicios, para la correcta aplicación de la normativa vigente en relación con servicios de salud que se otorgan a las personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Dotar de los procedimientos de control (formularios, informes, plazos) a las unidades que facturan, recaudan, registran contablemente y cobran servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Establecer responsabilidades a las unidades de trabajo que intervienen en el proceso de facturación, recaudación, contabilidad y cobro de los servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago.

## **4 Glosario**

### **A. Abreviaturas**

**CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social

**NA:** No aplica

**ND:** No determinado

## **b. Términos**

### **Adecuaciones de Pago**

Se refiere a los diferentes tipos de avenencias entre las partes (deudores y acreedores), que permiten a los deudores, normalizar su situación de morosidad con la Institución, según las condiciones que se establezcan en la normativa que regula dicha materia

### **Adscripción**

Acción mediante la cual, de acuerdo con el domicilio o excepcionalmente el lugar de trabajo del solicitante, se señala al asegurado el centro médico donde le corresponderá recibir servicios médicos. Para tal efecto, es obligatorio solicitar al interesado un documento que permita determinar su domicilio o lugar exacto de trabajo.

### **Asegurado**

Persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud.

### **Asegurados por cuenta del estado**

Asegurado directo o familiar al que se le otorga ese beneficio, debido a que no está cubierto mediante otra modalidad de aseguramiento, dado a que por sus ingresos se le considera en condición de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica y se encuentra imposibilitado de cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

### **Asegurado voluntario**

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

### **Atención ambulatoria**

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención.

### **Atención de emergencia**

Atención inmediata, no programada que se brinda a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, el cual de acuerdo con el sentir del paciente, de sus acompañantes o del médico que lo refiere, está en peligro su vida o integridad física.

### **Aviso de cobro**

Comunicación administrativa para recordar la existencia de deudas con la Seguridad Social, brinda un plazo de cinco días hábiles para realizar la cancelación o adecuación de deudas. Otorga firmeza administrativa.

### **Establecimiento de salud**

Área física ocupada por la Caja Costarricense de Seguro Social, donde se prestan servicios de atención integral en salud.

### **Centro médico de atención**

Unidad donde el asegurado recibe atención médica, independientemente del lugar de adscripción asignado.

### **Certificación para cobro judicial**

Documento legal con carácter de título ejecutivo según artículo 53 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **Cesantía**

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

**Cirugía mayor ambulatoria**

Cirugía de tipo mayor (realizada bajo anestesia general o con asistencia respiratoria) programada y practicada en el marco de un programa del mismo nombre, formalmente establecido en el centro de atención. Su característica principal es que no tiene camas de dotación normal porque el paciente ingresa y egresa el mismo día; no pernocta; se cuenta como egreso hospitalario con un día de estancia total y cero estancias preoperatorias.

**Cobro administrativo**

Acción cobratoria que se realice para normalizar situaciones irregulares que presenten las obligaciones y las deudas de los contribuyentes, antes de recurrir a la vía judicial.

**Cobro oportuno**

Es la gestión del pago inmediato que realiza la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a personas No aseguradas con capacidad de pago que han recibido servicios de salud por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, de las sumas adeudadas en el plazo establecido para estos efectos.

**Comprobante de derechos**

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

**Consulta Externa**

Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

**Diagnóstico**

Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o condición de salud-enfermedad.

**Difícil recuperación**

Es la deuda de personas físicas que previamente se ha determinado que NO posee bienes muebles o inmuebles susceptibles de embargo.

También lo son aquellas deudas de personas físicas en Cobro Judicial donde aun cuando se determina la existencia de bienes, a criterio del abogado director del proceso (interno o externo), las posibilidades de recuperación para saldar la deuda son muy bajas.

**Emergencia**

Toda situación de riesgos que pone en peligro inmediato la vida, una extremidad del cuerpo o la función de un órgano del paciente, y que en consecuencia debe ser atendida en forma inmediata.

**Expediente de salud**

Es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud”: expediente médico y expediente clínico.

El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia de División Médica, y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiese recibir externamente a la Caja.

**Firmeza en sede administrativa**

Estado adquirido por el adeudo al transcurrir cinco días hábiles posteriores a la notificación del aviso de cobro.

**Gestor de cobro**

Funcionario encargado de realizar el cobro administrativo y judicial en las unidades cobro de la institución, por concepto de facturas morosas por servicios otorgados en los establecimientos de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago.

**Hoja atención de urgencia (hoja de puerta)**

Este formulario tiene como propósito el documentar en forma estandarizada, la atención de los usuarios en los Servicios de Urgencias o ambulatorios (incluidos los

EBAIS), cuando por su condición de salud, el caso puede ser catalogado como de “urgencia”.

### **Hospital**

Es el establecimiento de salud que brinda servicios de la más amplia o la mayor complejidad, especialidad y capacidad resolutive, que enfoca los servicios que brinda para una población con determinados problemas de salud en una parte amplia o la totalidad del territorio nacional. Son establecimientos de salud que deben atender a toda la población referida por los diferentes niveles de atención.

### **Indigencia médica**

Situación económica y social en que la persona o el núcleo familiar no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, salud y educación.

### **Hospitalización**

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona hospitalizada, que utiliza una cama de dotación normal para pernoctar en el servicio de salud.

### **Lugar de adscripción**

Establecimiento de salud ubicado en el lugar donde el asegurado normalmente reside o trabaja, y en el cual debe realizar sus gestiones sanitarias y administrativas. Incluye los lugares en que existan los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

### **Manual**

Documento que contiene lo más sustancial de un tema, herramienta eficaz para transmitir conocimientos pues documentan la experiencia acumulada hasta ese momento sobre un tema.

### **Modelo tarifario**

Documento, institucional que contiene el costo de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento para los servicios de salud prestados a los usuarios personas no aseguradas, ya sean nacionales o extranjeros, así mismo, se debe utilizar para el cobro al Instituto Nacional de Seguros (atención accidentes de tránsito y laborales).

Estas tarifas son complemento de las que se emiten mensualmente por el Sistema Mecanizado de Costos de la Institución para cada unidad médica.

**Moroso**

Se considera moroso o deudor con la seguridad social, a toda persona física o jurídica (patrono o trabajador independiente), que no haya pagado las cuotas de los seguros de salud, pensiones y los aportes establecidos en la Ley de Protección al Trabajador, una vez transcurrida la fecha que se establece para su pago oportuno. Se excluye como moroso aquel deudor que haya formalizado con la Caja un arreglo o convenio de pago, y que se encuentra al día en el pago de sus cuotas.

**Nivel de atención**

Es un conjunto de establecimientos de atención del proceso salud enfermedad, con niveles de complejidad diferentes, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

**No asegurado**

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

**Notificación**

Comunicación oficial y formal realizada a los morosos por medio del aviso de cobro con el propósito de que el deudor se presente a normalizar su situación de morosidad dentro del plazo establecido y de no ser así las mismas adquieren firmeza administrativa.

**Pago inmediato**

Abono de la cantidad total debida justo en el instante después de haber sido contraída la obligación que lo generaba.

**Prevención de pago – aviso de cobro (Factura)**

Prevención de pago – aviso de cobro que se expide para hacer constar el costo de un servicio, en el que aparece la fecha de la operación, el nombre del usuario, del prestatario del servicio, las condiciones convenidas, la cantidad, descripción, precio e importe total de los servicios recibidos.

### **Prescripción farmacéutica**

Indica los medicamentos prescritos por los profesionales de salud autorizados para recetar medicamentos. El rubro incluye los medicamentos prescritos y despachados por la Farmacia.

### **Procedimiento Médico**

Conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, o mandados realizar, por el médico para cuidar a los pacientes y subsanar sus problemas de salud

### **Servicios de salud**

Tienen dentro de sus actividades primordiales la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de la población.

### **SICERE**

Sistema Centralizado de Recaudación que utiliza la Caja para facturar, recaudar y cobrar las cuotas y aportes, de conformidad con su Ley Constitutiva.

### **Titular subordinado**

Funcionario de la administración activa responsable de un proceso, con autoridad para ordenar y tomar decisiones.

### **Urgencia**

Toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa (ambulatorio), en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, está en serio peligro su vida o integridad física.

## **5 . Marco legal**

### **5.1. Leyes**

- Ley General de Control Interno, N° 8292 y su normativa.
- Ley General de Salud, N° 5395.

- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17.
- Ley de Protección al Trabajador, N° 7983, Artículo 85.
- Ley Contra la Corrupción y el de Enriquecimiento Ilícito. N° 8422.
- Ley Notificaciones, Citaciones y Otras Comunicaciones Judiciales. N° 7637.
- Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos No.8220
- Ley General de Administración Pública, N° 6227.

## **5.2. Reglamentos**

- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento que regula la formalización de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la Seguridad Social.

## **5.3. Manuales**

- Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos.
- Manual de Normas Generales de Control Interno para la Contraloría General de la República y las Entidades y Órganos Sujetos a su Fiscalización.
- Manual Descriptivo de Cuentas Contables y Catálogo de Cuentas Contables.
- Procedimiento Administrativo y Contable para el pago de servicios de salud mediante de Tarjetas de Crédito y Débito Visa-Master Card Banco Nacional.

## **5.4. Instructivos**

- Instructivo para la Gestión de Adeudos en Cobro Administrativo por Cuotas Obrero Patronales, Cuotas Trabajador Independiente y sus Derivados.
- Instructivo de Abogados Externos para Cobro Judicial por Concepto de Cuotas Obreras y Patronales y Otros Adeudos de la Seguridad Social.
- Instructivo para la aplicación del Reglamento que regula la formalización de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la Seguridad Social.
- Instructivo para la Anulación de Adeudos de Patronos, Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios.

- Instructivo para declarar la morosidad de Patronos y Trabajadores Independientes como de Dificil Recuperación.

## **5.5. Responsabilidades**

Para el cumplimiento del presente proceso, se citan las responsabilidades según nivel de competencias y orden de actividades:

### **5.5.1 Funcionarios Registros de Salud y/o Emergencias**

- Solicitar los documentos de identificación que la normativa establece a personas que solicitan los servicios de salud, para identificar o verificar la vigencia de sus derechos, según modalidad de aseguramiento.
- Remitir al paciente a la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos antes de la atención médica solicitada en caso de ser una atención no urgente o después del servicio recibido, tratándose de una atención de urgencia o emergencia. Lo anterior con el fin de dicha Unidad proceda a facturar los servicios médicos en los casos que así lo establece la normativa.
- Coordinar con Validación y Facturación por Servicios Médicos, lo relacionado con las atenciones brindadas a No Asegurados con capacidad de pago.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento.
- Facilitar el Expediente en Salud u Hojas de Emergencia a las UVFSM cuando así lo requieran, para constatar la prestación de servicios que el Profesional en Ciencias Médicas le realizó al usuario no asegurado y así proceder con la generación de la Prevención de pago-aviso de cobro (factura).

### **5.5.2 Profesionales en ciencias médicas**

- Serán los encargados de determinar si la condición de salud que presenta la persona que solicita los servicios, la califica como una urgencia o emergencia.
- Los establecimientos de salud quedan obligados a prestar la colaboración técnica requerida para sustentar y defender las facturas generadas por cada uno de ellos, desde el punto de vista médico y/o jurídico.

- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento.
- Procurar la legibilidad en la redacción de las notas médicas, para garantizar a las UVFSM una segura gestión cobratoria de los procesos de diagnóstico y tratamiento que estos le hayan brindado al usuario.

### **5.5.3 Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos**

- Solicitar claves de acceso para el registro de facturas.
- Solicitar claves de acceso para la anulación de la prevención de pago – aviso de cobro (factura), lo anterior de conformidad al procedimiento establecido en el punto 5.69.11 del presente manual.
- Corroborar mediante consulta a mecanismos existentes la existencia de una modalidad de aseguramiento y otorgar el Aseguramiento o Protección con cargo al Estado cuando corresponda.
- Determinar mediante entrevista y/o consulta a sistemas de información disponibles, la capacidad de pago de los usuarios no asegurados que vayan a recibir o hayan recibido la atención en los servicios de salud.
- Elaborar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) por servicios de salud otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago y registrar todas las facturas en el módulo de “Personas no aseguradas” del Sistema Registro de Facturas de Servicios Médicos.
- Gestionar el trámite oportuno de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) confeccionada por servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago, que se encuentre dentro de los 5 días posteriores a la entrega.
- Entregar y notificar al usuario la Prevención de pago-Aviso de cobro (Factura) con el monto a cancelar, según la prestación del servicio otorgado al usuario, y según la valoración de urgencia o emergencia que haya aportado el Profesional de Ciencias Médicas.
- Verificar el estado de la factura y brindar seguimiento en el módulo informático, a la prevención de pago – aviso de cobro (factura) generada por prestación de servicios de salud suministrados a personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Atender los reclamos contra el acto del cobro solicitado por el usuario, cuando presuma que existe un error en el cálculo del monto facturado y realizar los ajustes cuando corresponda.

- Liquidar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) por servicios médicos a no asegurados, canceladas por transferencias bancarias nacionales e internacionales o SINPE.
- Liquidar, controlar, conciliar y ajustar mensualmente las cuentas por cobrar relacionadas con la facturación a personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Revisar en el sistema, las facturas generadas y que no fueron canceladas, debido a que el usuario no recibió el servicio, según se define en el punto 5.6.6 del presente manual.
- Coordinar con Registros Médicos, servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, lo relacionado con las atenciones brindadas a No Asegurados con capacidad de pago.
- Coordinar con la Subárea Caja y Custodia de Valores, lo relacionado con el seguimiento de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) a No Asegurados con capacidad de pago no canceladas en los 5 primeros días posteriores a la entrega y recibido de la prevención de pago – aviso de cobro (factura), lo anterior para efectos de identificar las facturas físicas canceladas y clasificar las mismas en el archivo.
- Coordinar con la Subárea Caja y Custodia de Valores, lo relacionado con el pago de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada en el sistema a No Asegurados con capacidad de pago.
- Establecer los mecanismos de control para la ejecución del proceso de facturación.
- Elaborar y remitir el acto motivado a sucursales o al Área Control de la Morosidad según corresponda para anular la prevención de pago – aviso de cobro (factura) por servicios médicos, a partir del sexto día cuando se determine la improcedencia de la deuda.
- Ejecutar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento en el ámbito de competencia.
- Coordinar con el Área de Tesorería, la confirmación de los pagos realizados por medio de transferencia bancaria o SINPE, enviando vía correo electrónico, el comprobante de la transferencia o depósito bancario. Con base en dichos datos las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, procederán en el sistema a realizar la liquidación de la factura contra la transferencia o depósito bancario.
- Informar al Área de Tesorería los casos de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) con cobertura de póliza internacional, una vez realizado el depósito bancario para su respectiva liquidación, por parte de la unidad de Validación y Facturación.

#### 5.5.4 Área Financiero Contable, o Administración del establecimiento de salud.

- Coordinar con las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos para que se mantenga un adecuado control de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) por cobrar por medio de la utilización de registros auxiliares actualizados.
- Realizar el análisis de la documentación aportada, con base en la normativa institucional vigente para la formalización de convenios y arreglos de pago, siempre y cuando la solicitud se encuentre dentro de los 5 días posteriores a la elaboración de la factura.
- Tramitar la formalización de adecuaciones de pago de facturas por servicios de salud, con base en la normativa existente en esa materia. Siempre y cuando se encuentre dentro de los 5 días posteriores a la elaboración de la factura.
- La responsabilidad de realizar las adecuaciones de pago en los primeros cinco días posteriores a la entrega de la prevención – aviso de pago, recaerá sobre el nivel técnico y administrativo de los tipos de centros médicos definidos en el “Modelo organizacional y funcional de las Área Financiero Contables”, a saber:

**Tipo A** hospitales: San Juan de Dios, México, Calderón Guardia, Nacional de Niños.

##### **Área Financiero Contable.**

**Tipo B** hospitales: Blanco Cervantes, CENARE, Hospital de las Mujeres, Monseñor Sanabria, Nacional Psiquiátrico, Tony Facio, Baltodano Briceño, San Carlos, Max Peralta, Escalante Pradilla, San Vicente de Paúl, William Allen, San Rafael, Ciudad Neily, San Francisco de Asís, Carlos Luis Valverde Vega, Guápiles, La Anexión, San Vito. **Área Financiero Contable.**

**Tipo C** hospitales: Chacón Paut, Golfito, Tomás Casas, Max Terán, Los Chiles y las áreas de salud tipo 3, **Administración**

**Tipo D:** las áreas de salud tipo 1 y 2, **Administración**

- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento en el ámbito de competencia.

#### 5.5.5 Sub-Área Contabilidad Operativa

- Proporcionar asesoría y capacitación contable a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos y a las Sucursales.

- Establecer un programa de Conciliación para las unidades de validación y facturación sobre las cuentas correspondientes a No Asegurados, posteriormente esta será únicamente una función de la Unidad de Validación y Facturación
- Establecer los mecanismos de control que deben ejecutar las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en el proceso contable.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en el presente documento en el ámbito de competencia.

#### **5.5.6 Dirección de Cobros**

- Coordinar la emisión de listados o archivos electrónicos de No Asegurados con capacidad de pago, con facturas pendientes para la gestión de cobro y remitirlos a las Direcciones Regionales y al Área Gestión de Cobros a Patronos.
- Generar datos estadísticos para la toma de decisiones.
- Proponer en conjunto con las Direcciones Regionales estrategias y políticas para la gestión de deudas.
- Establecer metas y controles para la gestión cobratoria.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.
- Dar seguimiento a la gestión de cobro, mediante los resultados que remite el Áreas Gestión de Cobros a Patronos.

#### **5.5.7 Direcciones Regionales de Sucursales**

- Remitir a las sucursales adscritas a la Dirección Regional que corresponda, los listados de No Asegurados con capacidad de pago, con la prevención de pago – aviso de cobro (factura) pendientes, para la gestión de cobro.
- Proponer en conjunto con la Dirección de Cobros, estrategias y políticas para la gestión de deudas.
- Establecer metas y controles para la gestión cobratoria.
- Las Direcciones Regionales a través del Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC), supervisarán las gestiones de cobros, que realizan las sucursales adscritas a cada región, con el fin de cumplir con los objetivos, metas y políticas que al efecto se establezcan.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento según las estrategias establecidas, en el ámbito de su competencia.

- Dar seguimiento a la gestión de cobro, mediante los resultados que remite las sucursales adscritas a su región.

#### **5.5.8 Sucursales**

- Gestionar las deudas a no asegurados con capacidad de pago, según los lineamientos emitidos por las instancias superiores.
- Certificar adeudos para cobro judicial.
- Trasladar las certificaciones de cobro judicial al abogado asignado.
- Analizar la posibilidad de declarar deudas como difícil recuperación, conforme a la normativa institucional
- Buscar alternativas tecnológicas que permitan mejorar y controlar la gestión cobratoria.
- Informar periódicamente, al menos cada dos meses al nivel superior, los resultados de la gestión.
- Custodiar los documentos de la gestión cobratoria.
- Realizar el análisis de las solicitudes de arreglos y convenios de pago aportado por el no asegurado deudor, con base en la normativa institucional vigente, con el propósito de determinar su viabilidad.
- Tramitar la formalización de adecuaciones de pago de facturas por servicios de salud, con base en la normativa existente en esa materia.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.
- Trasladar a la unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos que corresponda, solicitudes de estudio recibidas en la Plataforma, sobre la deuda que se está imputando al No Asegurado con Capacidad de Pago.
- Gestionar las solicitudes de “*Estudio Inspección*”, que se generen por la facturación a personas no aseguradas con capacidad de pago.

#### **5.5.9 Área Gestión de Cobro a Patronos**

- Supervisar las gestiones de adeudos a no asegurados con capacidad de pago que realiza la Subárea de Cobro Administrativo a Patronos.

- Establecer controles para la gestión cobratoria de acuerdo con las metas establecidas por la Dirección de Cobros, en lo referente al cobro o gestión administrativa.
- Comunicar a las Subáreas adscritas oportunamente los lineamientos para la gestión cobratoria, dados por las autoridades superiores.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.10 Área Control de la Morosidad**

- Supervisar las gestiones que realizan las Subáreas a su cargo.
- Establecer controles para el cumplimiento de las metas establecidas por la Dirección de Cobros, en lo referente a las adecuaciones de deudas y descargos del sistema.
- Comunicar oportunamente lineamientos a las Subáreas adscritas para la gestión cobratoria dados por las autoridades superiores.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.11 Sub-Área Cobro Administrativo a Patronos**

- Gestionar el cobro a no asegurados con capacidad de pago, a través de la certificación de la deuda, según los lineamientos emitidos por las instancias superiores.
- Buscar alternativas tecnológicas que permitan mejorar y controlar la gestión cobratoria.
- Rendir informes de gestión y de resultados a los niveles superiores, para la toma de decisiones.
- Velar por el cumplimiento del presente manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.12 Sub-Área de Cobro Judicial a Patronos**

- Gestionar las certificaciones de cobro judicial que traslada la Subárea de Cobro Administrativo a Patronos, ante las instancias judiciales correspondientes.

- Analizar la posibilidad de declarar deudas como difícil recuperación, conforme a la normativa institucional
- Dar seguimiento a los casos una vez presentada la demanda.
- Buscar alternativas tecnológicas que permitan mejorar y controlar la gestión cobratoria.
- Rendir informes de gestión y de resultados a los niveles superiores, para la toma de decisiones.
- Velar por el cumplimiento del presente Manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.13 Sub-Área Adecuación de Deudas**

- Realizar el análisis de las solicitudes de arreglos y convenios de pagos, aportadas por el no asegurado deudor, con base en la normativa institucional vigente, con el propósito de determinar su viabilidad.
- Tramitar la formalización de adecuaciones de pago de facturas por servicios de salud, con base en la normativa existente en esa materia.
- Buscar alternativas tecnológicas que permitan mejorar la gestión.
- Rendir informes de gestión y de resultados a los niveles superiores, para la toma de decisiones.
- Velar por el cumplimiento del presente Manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.14 Área Atención a Patronos**

- Supervisar las gestiones que realizan las Subáreas a su cargo.
- Establecer controles para el cumplimiento de las metas establecidas por la Dirección de Cobros, en lo referente a atención de usuarios en la Plataforma.
- Comunicar oportunamente lineamientos a las Subáreas adscritas para la atención de los No Asegurados con capacidad de pago dados por las autoridades superiores.
- Velar por el cumplimiento del presente manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.15 Sub-Área Plataforma de Servicios**

- Brindar atención a los no asegurados con capacidad de pago, según los lineamientos emitidos por las instancias superiores.
- Buscar alternativas tecnológicas que permitan mejorar y controlar la atención de los usuarios en la Plataforma de Cobros.
- Coordinar con el Área de Tesorería, cuando por alguna circunstancia no se pueda recibir dineros directamente en el SPIC y el No Asegurado requiera que le sea ingresado el dinero.
- Trasladar a la unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos que corresponda, solicitudes de estudio recibidas en la Plataforma, sobre la deuda que se está imputando al No Asegurado con Capacidad de Pago.
- Recibir solicitudes para el trámite de formalización de Convenios y Arreglos de Pago.
- Rendir informes de gestión y de resultados a los niveles superiores, para la toma de decisiones.
- Velar por el cumplimiento del presente manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.16 Gestor de Cobro de Sucursales y Oficinas Centrales**

- Gestionar para cobro judicial las deudas de personas no aseguradas con capacidad de pago, cuyas facturas cuenten con firmeza administrativa.
- Registrar en el sistema de información el monto correspondiente al costo de la gestión administrativa.
- Registrar en la bitácora del sistema, las gestiones de cobro realizadas, a cada caso en particular.
- Rendir informes de gestión y de resultados a los niveles superiores, para la toma de decisiones.
- Remitir los documentos que respaldan la gestión de cobro realizada a las unidades que correspondan, para el debido resguardo de los mismos, en el expediente administrativo.
- Velar por el cumplimiento del presente Manual según las estrategias establecidas en el ámbito de su competencia.

#### **5.5.17 Área de Coberturas del Estado**

- Encargada de regular, asesorar, capacitar y evaluar la correcta aplicación de la normativa y los procedimientos establecidos para la prevención de pago – aviso de cobro (factura) de servicios Médicos en el presente documento.
- Establecer los mecanismos de coordinación y control que deben ejecutar todas las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, referente a los procedimientos de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) a personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Emitir y divulgar la normativa relacionada con los trámites a realizar, en relación con la prevención de pago – aviso de cobro (factura) de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en materia de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) del presente documento en el ámbito de su competencia.
- Proporcionar información actualizada, de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) que realizan las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos para la toma de decisiones.
- Promover la actualización de las normas y los procedimientos relacionados con la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en materia de personas no aseguradas, en atención a los requerimientos y lineamientos institucionales.
- Velar por el mejoramiento del sistema con base en las necesidades de los usuarios.
- Proporcionar claves de acceso a los usuarios del sistema de facturación de servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago.
- Será el ente técnico administrativo regente del proceso de pacientes no asegurados, respondiendo por la oportuna y precisa emisión o actualización de las normas y procedimientos vinculados, diseñará y ejecutará los programas de capacitación y asesoría dirigidos al personal encargado de dicho proceso, liderará y promoverá la automatización de los subprocesos y actividades relacionadas, y finalmente diseñará e implementará las metodologías y mecanismos de evaluación suficientes para comprobar la correcta marcha del mismo.
- Intervendrá como enlace ante las diferentes instancias técnicas encargadas de los procesos de recaudación, cobro y contabilización inmersos dentro del proceso de no asegurados, con el fin de coordinar y canalizar la atención de aquellos aspectos técnicos y administrativos (normativa, capacitación, asesoría, evaluación) propios de sus competencias, de manera que los mismos sean abordados de forma integral y sistemática, así como resueltos en tiempo y forma oportunas, resguardando con ello la continuidad y buena marcha del proceso integral de no asegurados.

### **5.5.18 Sub-Área Caja y custodia de Valores**

- Recibir, custodiar o depositar los documentos, títulos valores y efectivo que ingresen a la organización, relativos al cobro por Servicios Médicos, y otros de conformidad con los procedimientos vigentes.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en este manual y en el ámbito de su competencia.

### **5.5.19 Área de Tesorería**

- Coordinar y brindar información a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, con respecto a los pagos de facturas a no asegurados con capacidad de pago, realizados por medio de transferencia bancaria o SINPE, previo envío vía correo electrónico del comprobante de la transferencia o depósito bancario, por parte de estas unidades.
- Informar a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en un plazo no mayor a 3 días hábiles, siempre y cuando el movimiento bancario se realice entre entidades del sistema bancario nacional, el detalle de la transferencia (monto transferido – fecha - cuenta bancaria-cuenta contable). Las transferencias de cuentas bancarias provenientes del extranjero, quedaran sujetas a su acreditación en las cuentas respectivas de la Institución.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en este manual y en el ámbito de su competencia.

## **5.6 De la facturación de servicios de salud a personas No Aseguradas con capacidad de pago**

Con base en el marco legal indicado en el punto 5, se definen los procedimientos relacionados con la prevención de pago – aviso de cobro (factura) y cobro de los servicios a personas no aseguradas con capacidad de pago:

5.6.1. Toda prevención de pago – aviso de cobro (factura) por servicios otorgados a personas no aseguradas con capacidad de pago, deberá ser incluida en el Módulo para la Facturación de No Asegurados con capacidad de pago, por el costo total de dichos servicios, con base en el modelo tarifario y el Sistema Mecanizado de Costos vigente.

5.6.2. Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento incluidos en la prevención de pago – aviso de cobro (factura) , deben ser obtenidos del expediente de salud o de la “Hoja de Atención de urgencias” código 4-70-05-4020, según corresponda.

5.6.3. Los servicios que se otorguen a personas no aseguradas con capacidad de pago, deben ser facturados cuando se presenten las siguientes situaciones:

- En caso de una situación de urgencia, así calificada por profesionales médicos de la Institución y que:
  - No cuente con alguna modalidad de aseguramiento.
  - Usuario no presenta documentos que comprueben su condición de asegurado.
  - Presenta documentos pero están vencidos, siempre y cuando no pueda verificarse internamente la existencia de la condición de asegurado.
  
- Cuando el solicitante de los servicios no cuente con una modalidad de aseguramiento pero tenga capacidad de pago, independientemente de su condición de salud.

5.6.4. La prevención de pago – aviso de cobro (factura) debe contener la siguiente información:

- Nombre de la persona que recibió el servicio (indicando los dos apellidos y el nombre completo).
- Número de cédula de identidad si es costarricense.
- En caso de extranjeros anotar el número de cédula de residencia, Dimex o pasaporte. Para estos casos la unidad tramitadora deberá dejarse en custodia una copia física o electrónica del documento de identidad del paciente.

- En caso de ser indocumentado consignar el número interno otorgado en el establecimiento de salud.
- Fecha y hora de la elaboración de la factura
- Dirección exacta de la persona, según el siguiente formato: país, provincia, cantón, distrito, barrio o caserío, otras señas de fácil localización.
- Otros datos: correo electrónico, teléfono (habitación, celular, fax, trabajo), referencias de otras personas como: vecinos o familiares que lo conozcan y/ o persona que lo acompaña.
- Detalle de las prestaciones otorgadas:
  - Primera columna: Nombre y cantidad de cada una de las atenciones otorgadas, así como de los procedimientos de diagnóstico o tratamiento que se hayan aplicado durante la atención.
  - Segunda columna: Costo unitario de cada una de las atenciones, procedimientos o tratamientos suministrados, de acuerdo con el modelo tarifario y los Costos mecanizados que emite la Sección de Costos Hospitalarios.
  - Tercera columna: Resultado de la multiplicación de la cantidad de cada ítem indicado por el costo unitario correspondiente.
  - Sub-Total: Sumatoria de los costos listados de forma vertical.
  - Recargo por gastos generales de Administración: Se aplica al subtotal el porcentaje establecido por la Institución.
  - Total General: Sumatoria del subtotal y el monto de gastos administrativos.
- Firma de la persona que recibe los servicios.
- Huella digital y la firma del acompañante, en caso de que la persona no pueda firmar.
- En el caso de que una persona por su condición de salud no pueda suministrar la información correspondiente para la facturación y que cuenten con un representante legal, se debe tomar la información de éste consignando lo siguiente: nombre completo, cédula de identidad en caso de costarricense; cuando se trate de extranjeros el número de cédula de residencia, Dimex o pasaporte, dirección exacta siguiendo el formato provincia, cantón distrito, barrio o caserío, otras señas de fácil localización. Además debe adjuntarse la certificación en la cual conste la representación que se ostenta.

- En caso de que la persona solicitante se niegue a firmar, se debe consignar el nombre, el número de identificación y la firma de un testigo, en el espacio definido en la Prevención de Pago – Aviso de Cobro (Factura) para su efecto.

5.6.5. Distribución de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) por servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago:

- Se registra la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en el módulo de “Personas no aseguradas” del Sistema Registro de Facturas de Servicios Médicos, y se imprimirá:
  - Original: Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos, que deberá ser firmada por el usuario.
  - Duplicado: Usuario.

5.6.6. Si el servicio se solicita en Consulta Externa, Cirugía programada o en Emergencias en condición de no urgente, la persona solicitante debe cancelar el costo de la consulta médica antes de recibirlos, por lo que el funcionario de la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos, debe registrar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en la herramienta informática, e indicar al usuario los entes recaudadores disponibles para que realice el pago correspondiente.

En los casos en donde después de la consulta se deriven otros servicios que requiera el paciente, deberá aplicarse el mismo procedimiento señalado anteriormente, el usuario deberá cancelar el costo de los servicios previo a su atención.

5.6.7. La persona no asegurada con capacidad de pago inmediato, que recibe atención por urgencia u hospitalización por una urgencia, una vez concluido el servicio de salud o al egreso de la hospitalización, el funcionario de la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos, registrará la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en la herramienta informática e indicará al usuario los entes recaudadores disponibles para que realice el pago correspondiente.

5.6.8. Cuando se presume que una persona no asegurada tiene una relación obrero patronal o de que es un Trabajador independiente, el funcionario de la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos, debe:

- Registrar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en la herramienta informática a nombre de la persona que recibió el servicio, elaborar la solicitud “Estudio Inspección” en el formulario, Código No. 4-70-09-0220 (Anexo No.2.) y remitir el caso al Servicio de Inspección correspondiente.
- El Servicio de Inspección, cuando finalice la investigación y el acto administrativo adquiera firmeza, informará el resultado material de la investigación a la Unidad Validación y Facturación Servicio Médicos, que generó la solicitud para estudio.

5.6.9. Si en la entrevista previa se determina que la persona no es asegurada, pero no tiene capacidad de pago o hay presunción de indigencia médica, es costarricense o extranjero con estatus migratorio de residente legal, el funcionario de la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos, procede de acuerdo con lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos de Seguro por el Estado o con lo que corresponda según leyes o decretos relacionados con atenciones con cargo al Estado.

5.6.10. Si se determina que la persona no asegurada con capacidad de pago cuenta con cobertura de una póliza internacional y recibe atención médica de urgencia el funcionario de la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos debe:

- Registrar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) en la herramienta informática.

- Recopilar la información de la aseguradora y enviar la prevención de pago – aviso de cobro (factura) para el pago respectiva.
- Cuando la aseguradora notifique el pago por transferencia o SINPE, la Unidad de Validación de cada establecimiento de salud deberá coordinar la verificación del pago con el Área de Tesorería y proceder con la liquidación correspondiente, ingresando en el sistema ligando el número de depósito a la factura cancelada.
- Si el extranjero posee una póliza internacional, y por una u otra razón requiera de atención médica de un día, generalmente el monto es bajo y lo cancela mediante tarjeta de crédito, si el extranjero le solicita al hospital le extienda una copia de dictamen médico, se le brinda, con el objeto que éste le cobre el servicio a la aseguradora.
- Si la atención médica es extensa (procedimiento quirúrgico, días de internamiento, toda la atención médica requerida) y por ende la factura es onerosa, el Hospital se comunica vía correo con la aseguradora, para saber los requisitos que la misma pide para desembolso de dinero, y así el hospital hacer la factura una vez egrese el paciente.

En muchas ocasiones, el paciente si está internado en estado crítico, la aseguradora le solicita al hospital un corte de gastos o factura proforma.

Cuando ya está lista la factura final, el hospital le enviara escaneado o por correo electrónico, copia de la factura original, para que la aseguradora pague vía transferencia electrónica.

En algunos casos muchas de estas aseguradoras, tienen agentes radicados en el país, por lo que están autorizados en el momento de que este al cobro la factura final, de ir a cancelar al hospital mediante tarjeta de crédito todo el servicio hospitalario que el paciente recibió.

- Si el paciente extranjero no porta documentación que haga constar, estar amparado por una empresa aseguradora, será atendido como un paciente no asegurado ordinario, por lo que siempre mediará la factura de cobro correspondiente por la atención médica brindada.

5.6.11. La Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos del establecimiento de salud, procederá a la anulación de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) cuando se determine que la factura por servicios prestados a personas no aseguradas con capacidad de pago, cuenta con omisiones o errores o es improcedente, el titular subordinado anulará la factura,

detallando claramente los motivos por los cuales se realiza dicha anulación, dentro del módulo del sistema de información determinado para ese efecto. Posteriormente y cuando corresponda, elaborará una nueva factura en la cual se rectificaran los errores ya sean materiales, de hecho o aritméticos, se notificará al usuario por escrito indicando las justificaciones del caso y se deben custodiar los documentos (Factura anterior, Factura actual y la notificación) probatorios del acto administrativo (Artículo 157 Ley General de la Administración Pública).

En caso de encontrarse en cobro administrativo o judicial, se debe solicitar a la Sucursal correspondiente el desistimiento de las acciones cobratorias, con la debida justificación. Además, deberá aportar fotocopia de la factura, para verificar la información contenida en la misma. En el caso de que se generen pagos por concepto de honorarios de abogado, se deberán computar conforme a la normativa vigente.

5.6.12. Una persona no asegurada con capacidad de pago realizará el pago anticipado por servicios de salud, cuando medien las siguientes circunstancias:

- La condición de salud que presenta, según criterio médico, no sea considerada urgencia.
- Se trate de una consulta ambulatoria o programada.
- Por hospitalización o cirugía ambulatoria programada.
- Se trate de servicios de diagnóstico y tratamiento, de otorgados días posteriores a la atención.

### **5.7. De la gestión de recaudación y cobro**

Para garantizar una eficiente gestión de pago inmediato, se debe establecer a lo interno del establecimiento de salud, las coordinaciones respectivas, con las dependencias de la Administración o de la Dirección Médica, según corresponda.

Los pacientes No Asegurados con capacidad de pago, tiene la posibilidad de realizar el pago por la atención recibida, en los siguientes centros de recaudación:

**Establecimientos de Salud:** Mediante datafono con Tarjeta de Crédito o Débito, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la entrega de la prevención-aviso de pago.

**Sucursales:** En efectivo, tarjeta de crédito o débito o por medio de transferencia bancaria.

### **5.7.1 Del pago inmediato (cobro oportuno)**

- Corresponde a la Sub Área de Validación y Facturación de Servicios de Salud o a la Administración en los centros que no se cuente con dicha unidad, realizar las gestiones para el pago inmediato, de la totalidad de las prestaciones a cobrar según el detalle de la prevención de pago – aviso de cobro generadas a personas no aseguradas con capacidad de pago por atenciones otorgadas.
- La persona, no asegurada con capacidad de pago, tendrá cinco días hábiles a partir del día que se entrega la prevención de pago – aviso de cobro (factura) para cancelar el monto correspondiente.
- Las Áreas Financiero Contables y Administración de los centros de salud, sucursales y a la Subárea de Cajas y Custodia de Valores, podrán recibir pagos parciales a las deudas por servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago, de acuerdo a la imputación de pagos según la normativa vigente.

### **5.7.2 De la atención de reclamos y la gestión de pago inmediato (cobro oportuno)**

- La persona no asegurada con capacidad de pago podrá presentar un reclamo contra el acto del cobro, cuando presuma que existe un error en el cálculo del monto cobrado. Dicho reclamo lo presentará por escrito en la Unidad Validación y Facturación Servicios Médicos en un plazo de tres días hábiles no perentorios posteriores al recibo de la prevención de pago – aviso de cobro (factura), cuya resolución será emitida en un plazo máximo de tres días hábiles posteriores al recibo del reclamo.

De ser procedente el reclamo, el funcionario autorizado del Establecimiento de Salud, realizará el ajuste correspondiente.

### **5.7.3 De las adecuaciones de pago**

Los acuerdos de pago, podrán realizarse en los primeros cinco días posteriores a la entrega de la prevención – aviso de pago, en el nivel técnico y administrativo de los tipos de centros médicos definidos en el “Modelo organizacional y funcional de las Área Financiero Contables”, indicados en el punto 5.5.4, o en las Sucursales o Sub-Área Adecuación de Deudas en Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social, según el procedimiento que se defina al efecto.

### **5.7.4 De la gestión de cobro administrativo**

De no cancelarse oportunamente la totalidad de las prestaciones a cobrar según el detalle de la prevención de pago – aviso de cobro, o formalizarse un acuerdo de pago, la Subárea Cobro Administrativo a Patronos y Sucursales, según corresponda, una vez transcurrido el plazo otorgado iniciarán las gestiones para certificar las deudas.

### **5.7.5 Del registro de facturas especiales**

- El gestor de cobro, de la unidad de cobro que corresponda, deberá generar en el sistema de información una factura de tipo especial, por el costo del proceso de la gestión cobratoria al deudor.
- Los tipos de facturas a registrar son los siguientes:
  - “gastos administrativos de cobro administrativo”, corresponde al costo del proceso de la gestión administrativa de cobro.  
Este monto únicamente se modifica en caso de que el costo de la gestión sea actualizado por el Área de Contabilidad de Costos.
  - “gastos administrativos de cobro judicial”, corresponde al costo de la gestión de cobro judicial.  
Este monto únicamente se modifica en caso de que el costo de la gestión sea actualizado por el Área de Contabilidad de Costos.
  - “costas procesales” las cuales se registran por cualquiera de los siguientes motivos:

Costas Procesales
Certificación de personería
Certificaciones de bienes
Localización
Notificación
Honorarios de ejecutor
Gastos diligencias de embargo ejecutado
Gastos embargo y captura de vehículos
Honorarios de perito evaluador
Gastos diligencias de peritaje
Publicación de edictos
Gastos de bodegaje
Gastos de transporte de bienes embargados
Gastos de seguros
Fotocopias
Estudio de registro de bienes
Otros gastos

### 5.7.6 De la notificación del aviso de cobro

Un funcionario de la Unidad de Validación y Facturación Servicios Médicos tramitará la notificación de la prevención de pago – aviso de cobro, la cual deberá realizarse una vez concluida la atención médica, de la siguiente manera:

- De forma personal.
- En el centro de salud.

Una vez gestionada la notificación, la Unidad de Validación y Facturación Servicios Médicos custodiará cada una de las prevenciones de pago – aviso de cobro y actualizará en el sistema de información el estado de las mismas a fin de que queden como “notificadas”, para cada uno de los casos.

### 5.7.7 De la firmeza administrativa

Si transcurrido el plazo (Cinco días hábiles) indicado en la notificación de la prevención de pago – aviso de cobro el deudor mantiene la morosidad, se deberá actualizar de forma automática en el sistema, el estado de la prevención de pago – aviso de cobro, pasando a situación de cobro administrativo y en estado de firmeza administrativa.

### **5.7.8 Del Procedimiento para la certificación base de la Gestión Judicial**

- **De la certificación de cobro judicial**

Si el deudor mantiene el estado de morosidad con la Caja, se deberá certificar el adeudo que cuente con firmeza administrativa mediante la vía judicial correspondiente.

Los arreglos de pago con un atraso mayor a tres cuotas en mora, se podrán certificar judicialmente. Esta certificación contendrá el saldo del arreglo, intereses corrientes y moratorios devengados a la fecha de la creación del juicio.

- **Del Procedimiento para la emisión de la certificación de cobro judicial**

En el caso de la prevención de pago – aviso de cobro por servicios médicos brindados, se deberá tramitar de la siguiente manera:

- Tramitar el cobro judicial de las deudas que sean susceptibles de certificar.
- Seleccionar las deudas a certificar, que cuenten con firmeza administrativa.
- Asignar el caso al abogado correspondiente.
- Imprimir la certificación judicial.
- Sellar cada una de las hojas de la certificación con el sello de la unidad de cobro correspondiente.
- Firmar por parte del funcionario que emite la certificación así como del jefe respectivo cada una de las hojas de la certificación.
- Anotar la gestión realizada en el sistema de información correspondiente.

En el caso de arreglos de pago, se deberá tramitar de la siguiente manera:

- Tramitar el cobro judicial de los arreglos de pago que presenten más de tres cuotas morosas.
- Crear el juicio por arreglo de pago.
- Asignar el caso al abogado correspondiente.
- Imprimir el documento para cobro judicial.

- Firmar y sellar, con el sello de la unidad de cobro correspondiente, el documento para cobro judicial, por parte del funcionario que lo emite.
- Anotar la gestión realizada en el sistema de información correspondiente.
- La copia del documento de garantía del arreglo de pago debe estar autenticada por la Gerencia Financiera.

- **Del traslado de certificaciones a cobro judicial**

Las certificaciones y documentos originales de cobro judicial, serán trasladadas a las unidades de cobro judicial de la sucursal correspondiente o de la Sub-Área de Cobro Judicial a Patronos (esta última en caso de Oficinas Centrales) (o al abogado que le fue asignado el caso), mediante oficio, el cual debe incluir o adjuntar un detalle de los casos a tramitar.

### **5.7.9 De la custodia de documentos**

- Del archivo de documentos

Según la gestión realizada en cada unidad, se deberá archivar los siguientes documentos correspondientes a las gestiones de cobro realizadas a los no asegurados con capacidad de pago:

- Prevención de pago – aviso de cobro debidamente notificado.
- Copia de certificaciones o documentos judiciales.

### **5.7.10 De la declaratoria de difícil recuperación**

- Las unidades facultadas para declarar deudas de difícil recuperación, podrán realizar dicho procedimiento de acuerdo a la normativa creada para tal efecto.

### **5.7.11 Del control**

- La Subárea Cobro Administrativo a Patronos y Sucursales, según corresponda, serán las responsables de efectuar el siguiente control:
  - Determinar los casos de incumplimiento de pago con base en informes de morosidad, para proceder con las acciones administrativas y judiciales que correspondan.
  - Que el deudor tenga un máximo de tres períodos en cobro administrativo.

## 5.8 Del registro contable

### 5.8.1 De la facturación

Una vez ingresada la información al sistema, éste generará automáticamente la afectación contable. El control de las facturas se llevará a través de la cuenta individual que será el número de identificación, número de Seguro Social o el número de Dimex de cada persona no asegurada, misma que será verificada por el propio sistema.

El registro contable automático que generará el sistema es:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
176 ó 177-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
825-05-6 <sup>(2)</sup>	1			XXX.XX
850-21-6 <sup>(3)</sup>	1			XXX.XX

<sup>(1)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados.

<sup>(2)</sup> Corresponde a la cuenta de ingresos por el Costo Servicio Médico.

<sup>(3)</sup> Cuenta de ingresos por gastos administrativos.

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

### 5.8.2 Del registro contable de los intereses sobre las facturas

Para el registro de la cuenta por cobrar por los intereses sobre las facturas por servicios de salud a personas no aseguradas, que se encuentran en morosidad, el SICERE, realizará en forma mensual el siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
166-03-1 <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
815-06-0 <sup>(2)</sup>	1			XXX.XX

<sup>(1)</sup> Cuenta por cobrar por intereses a No Asegurados

<sup>(2)</sup> Cuenta de ingresos por intereses.

<sup>(3)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

### 5.8.3 De la anulación de la factura

#### ***Factura anulada en el mismo periodo:***

En caso de que la factura se haya registrado contablemente y posteriormente se determina que no procede, debe efectuar la anulación de la factura en el sistema y automáticamente se generará el siguiente asiento de diario:

#### **REGISTRO DEL PRINCIPAL (Servicios médicos más gastos administrativos)**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
825-05-6 <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
850-21-6 <sup>(2)</sup>	1		XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(3)</sup>	1	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de ingresos por el Costo Servicio Médico

<sup>(2)</sup> Cuenta de ingresos por gastos administrativos.

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

#### **REGISTRO ANULACIÓN INTERESES DEVENGADOS**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
--------	----	-----------	--------	---------

815-06-0 <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
166-03-1 <sup>(1)</sup>	1			XXX.XX

(1) Cuenta de ingresos por intereses.

(2) Cuenta por cobrar por intereses a No Asegurados

(3) Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

***Factura anulada en el periodo actual y correspondía a periodo anterior:***

En caso de que la factura se haya registrado contablemente en años anteriores y posteriormente se determina que no procede, debe efectuar la anulación de la factura en el sistema y automáticamente se generará el siguiente asiento de diario:

**REGISTRO DEL PRINCIPAL (Servicios médicos más gastos administrativos)**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
955-03-9 <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
176 ó 177 -XX-X <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de periodos anteriores.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados.

<sup>(3)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

**REGISTRO ANULACIÓN INTERESES DEVENGADOS PERIODO ANTERIOR**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
955-03-9 <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
166-03-1 <sup>(1)</sup>	1			XXX.XX

(1) Cuenta de Ajustes periodos anteriores.

(2) Cuenta por cobrar por intereses a No Asegurados

(3) Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

#### 5.8.4 De la liquidación de la factura

La persona no asegurada puede realizar el pago de la factura por diferentes modalidades:

- **Cajas en Oficinas Centrales de la CCSS y Sucursales:**

Al cancelar la factura en efectivo en cualquier caja de recaudación de la Institución, ésta se realizará en el sistema SPIC, el cual afectara las siguientes cuentas contables:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
100-xx-x ó 101-xx-x <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX
166-03-1 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de Cajas de Sucursales u Hospitales.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (en caso de cobrarlos)

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el Número de DIMEX.

Al efectuar este pago, afectará a su vez el Sistema de no Asegurados descargando el saldo de la cuenta.

### REVERSION DEL PAGO

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
166-03-1 <sup>(3)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
176 ó 177 -XX-X <sup>(2)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
100-xx-x ó 101-xx-x <sup>(1)</sup>	1			XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de Cajas de Sucursales u Hospitales.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (en caso de cobrarlos)

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

- **Depósito bancario o transferencia:**

Detalle de cuentas contables para depósitos, transferencias bancarias y pagos por tarjeta

CTA CONTABLE	DESCRIPCION	TIPO MONEDA
105-01-1	BNCR Cuenta Corriente 3599-8	COLONES
105-05-2	BNCR DOLARES 60379.5	DOLARES
105-03-8	BNCR SUBVENCIONES 17395-5	COLONES ( PAGO X TARJETA)

En caso que la persona no asegurada cancele de manera parcial o total la factura por medio de depósito bancario o una aseguradora internacional cancele la factura por transferencia, se debe indicar si fue en dólares o colones, la afectación contable es la siguiente:

- **Pago en colones o dólares en caso que afecte intereses**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
105-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	0	XXXXX <sup>(5)</sup>		XXX.XX
166-03-1 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(5)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de bancos.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (en caso de cobrarlos)

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de depósito o transferencia bancaria

<sup>(5)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

### **REVERSION DEL PAGO**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
166-03-1 <sup>(3)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
105-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(5)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de bancos.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (en caso de cobrarlos)

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

<sup>(5)</sup> Corresponde al número de depósito o transferencia bancaria, el cual es número de cuenta individual.

- **Tarjeta de Débito o Crédito:**

En caso de que la persona No asegurada cancele la factura por medio de tarjeta de débito o crédito, debe de proceder según lo establecido en el

“Procedimiento Administrativo y Contable para el pago de servicios de salud mediante de Tarjetas de Crédito y débito Visa-Master Card Banco Nacional” el cual está a disposición en la página de Internet de la CCSS/*Gerencia Financiera/Dirección Financiero Contable/Área Contabilidad Financiera/Manuales, Normas y Procedimiento.*

**Al liquidar la factura en el sistema la afectación contable es la siguiente:**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
136-XX-X <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
176 ó 177 -XX-X <sup>(2)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX
166-03-1 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta por cobrar Tarjeta de débito.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (EN CASO DE COBRARLOS).

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el Número de DIMEX.

#### REVERSION DEL PAGO

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
166-03-1 <sup>(3)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	3	XXXXX <sup>(4)</sup>	XXX.XX	
136-XX-X <sup>(1)</sup>	1			XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta por cobrar Tarjeta de débito.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Cuenta por cobrar por intereses (EN CASO DE COBRARLOS).

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el Número de DIMEX.

#### 5.8.5 Del registro contable de convenios de pago

### Facturación:

Al efectuarse la aprobación de un **convenio de pago** y aplicarlos en el Sistema Registro de Facturas por Servicios Médicos, módulo No Asegurados deberá generar el siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
178 o 179-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>		XXX.XX
166-03-1 <sup>(4)</sup>	0	XXXXX <sup>(3)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de Convenio de la unidad donde se tramita.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados.

<sup>(3)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

<sup>(4)</sup> Corresponde a la cuenta de intereses por cobrar.

Dentro de un convenio de pago, se pueden incluir una o varias facturas por concepto de servicios de salud brindados a pacientes no asegurados, así como los intereses devengados por las facturas incluidas dentro del convenio.

### 5.8.6 De la recaudación de convenios de pago

Con relación a los pagos que se efectúen de un convenio de pago y su aplicación en el Sistema Registro de Facturas por Servicios Médicos, módulo No Asegurados se tienen los siguientes asientos de diario, según el medio de pago:

- Pago en Cajas de Oficinas Centrales y Sucursales**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
100-XX-X Ó				
101-XX-X <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
178 o 179-XX-X <sup>(2)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX
815-06-0 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de cajas donde se ejecutó el pago.

<sup>(2)</sup> Corresponde a la cuenta de Convenios de la unidad donde se tramita

<sup>(3)</sup> Cuenta de ingresos por intereses devengados del convenio

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX

- **Pago por SINPE o depósito bancario o recaudador externo**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
105-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(5)</sup>	XXX.XX	
178 o 179-XX-X <sup>(2)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX
815-06-0 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de banco o (124-XX-X si es un Agente recaudador externo) donde se ejecutó el pago.

<sup>(2)</sup> Corresponde a la cuenta de Convenios de la unidad donde se tramita

<sup>(3)</sup> Cuenta de ingresos por intereses.

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

<sup>(5)</sup> Corresponde al número de depósito o transferencia bancaria.

### 5.8.7 Del registro contable de arreglos de pago

- **Facturación:**

Al efectuarse la aprobación de un **arreglo de pago** y aplicarlos en el Sistema Registro de Facturas por Servicios Médicos, módulo No Asegurados deberá generar el siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
278 o 279-XX-X <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
176 o 177-XX-X <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>		XXX.XX
166-03-1 <sup>(4)</sup>	0	XXXXX <sup>(3)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta de Arreglos de la unidad donde se tramita.

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados

<sup>(3)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX

<sup>(4)</sup> Corresponde a la cuenta de intereses por cobrar.

Dentro de un arreglo de pago, se pueden incluir una o varias facturas por concepto de servicios de salud brindados a pacientes no asegurados, así como los intereses devengados por las facturas incluidas dentro del arreglo.

### 5.8.8 De la recaudación de arreglos de pago

Con relación a los pagos que se efectúen de un arreglo de pago y su aplicación en el Sistema Registro de Facturas por Servicios Médicos, módulo No Asegurados se tienen los siguientes asientos de diario, según el medio de pago:

- **Pago en Cajas de Oficinas Centrales y Sucursales**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
100-XX-X	Ó			
101-XX-X	(1) 1		XXX.XX	
278 o 279-XX-X	(2) 0	XXXXX (4)		XXX.XX
815-06-0	(3) 0	XXXXX (4)		XXX.XX

(1) Corresponde a la cuenta de cajas donde se ejecutó el pago.

(2) Corresponde a la cuenta de Arreglos de la unidad donde se tramita

(3) Cuenta de ingresos por intereses devengados del convenio

(4) Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX

- **Pago por SINPE o depósito bancario o recaudador externo**

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
105-XX-X	(1) 1	XXXXX (5)	XXX.XX	
278 o 279-XX-X	(2) 0	XXXXX (4)		XXX.XX
815-06-0	(3) 0	XXXXX (4)		XXX.XX

(1) Corresponde a la cuenta de banco o (124-XX-X si es un Agente recaudador externo) donde se ejecutó el pago.

(2) Corresponde a la cuenta de arreglos de pago de la unidad donde se tramita

(3) Cuenta de ingresos por intereses

(4) Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

(5) Corresponde al número de depósito o transferencia bancaria.

### 5.8.9 Del registro contable de DIFICIL RECUPERACION sobre facturas por servicios de salud

- Con base en la información brindada por la Dirección de Cobros, la Subárea Contabilidad Operativa procederá a registrar la estimación para las cuentas por cobrar de difícil recuperación, de acuerdo al siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
949-XX-X <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
270-XX-X <sup>(2)</sup>	1			XXX.XX
<sup>(1)</sup> Cuenta de Estimación de Incobrables.				
<sup>(2)</sup> Corresponde a la cuenta estimación Cuentas Dudosos Cobros				

### 5.8.10 Del registro contable de la liquidación de cuentas por cobrar contra la difícil recuperación de las facturas por servicios de salud.

Al marcar dentro del sistema Registro de Facturas por Servicios Médicos, módulo No Asegurados, facturas que se deben liquidar contra la estimación de difícil recuperación, se procederá a generar el siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
270-XX-X <sup>(1)</sup>	1		XXX.XX	
176 ó 177-XX-X <sup>(2)</sup>	1	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX
178 ó 179-XX-X				
166-03-1 <sup>(3)</sup>	0	XXXXX <sup>(4)</sup>		XXX.XX

<sup>(1)</sup> Corresponde a la cuenta estimación Cuentas Dudosos Cobros

<sup>(2)</sup> Cuenta por cobrar a No Asegurados, cuenta de arreglos de pago y convenios de pago.

<sup>(3)</sup> Cuenta de ingresos por intereses

<sup>(4)</sup> Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX

### 5.8.11 Del registro contable de facturas especiales

- El gestor de cobro, de la unidad de cobro que corresponda, deberá generar en el sistema de información una factura de tipo especial, por el costo del proceso de la gestión cobratoria al deudor.
- Los tipos de facturas a registrar son los siguientes:
  - “gastos administrativos de cobro administrativo”, corresponde al costo del proceso de la gestión administrativa de cobro.  
Este monto únicamente se modifica en caso de que el costo de la gestión sea actualizado por el Área de Contabilidad de Costos.
  - “gastos administrativos de cobro judicial”, corresponde al costo de la gestión de cobro judicial.

Este monto únicamente se modifica en caso de que el costo de la gestión sea actualizado por el Área de Contabilidad de Costos.

- “costas procesales” las cuales se registran por cualquiera de los siguientes motivos:

Costas Procesales
Certificación de personería
Certificaciones de bienes
Localización
Notificación
Honorarios de ejecutor
Gastos diligencias de embargo ejecutado
Gastos embargo y captura de vehículos
Honorarios de perito evaluador
Gastos diligencias de peritaje
Publicación de edictos
Gastos de bodegaje
Gastos de transporte de bienes embargados
Gastos de seguros
Fotocopias
Estudio de registro de bienes
Otros gastos

Con base a lo anterior, el sistema deberá generar el siguiente asiento de diario:

CUENTA	OP	CTA INDIV	DEBITO	CREDITO
134-20-8 <sup>(1)</sup>	1	XXXXX <sup>(3)</sup>	XXX.XX	
825-20-1 <sup>(2)</sup>	1			XXX.XX

- (1) Corresponde a la cuenta por cobrar facturas especiales
- (2) Cuenta de ingresos facturas especiales a No Asegurados.
- (3) Corresponde al número de identificación, número de Seguro Social o el número de DIMEX.

## 6 Procedimientos

### 6.1 Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago

Para la facturación de los servicios de salud otorgados, se realizará el siguiente procedimiento: (Ver Anexo No.4):

El funcionario de la Unidad Validación y Facturación de Servicios Médicos

1. Inicio del procedimiento.
2. Recibe a la persona solicitante referida de la consulta externa, de admisión o del servicio de emergencias.
3. Solicita el documento de identificación a la persona solicitante del servicio.
4. Verifica si la persona solicitante cuenta con una modalidad de aseguramiento, mediante: la revisión de los documentos, consulta a SICERE y/o entrevista preliminar (Ver Anexo No. 3).
5. ¿La persona solicitante cuenta con una modalidad de aseguramiento?
  - Si la respuesta es positiva, continua en la actividad 6.
  - Si la respuesta es negativa, continua en la actividad 8.
6. Entrega a la persona solicitante el "Informe de Verificación", en el cual indica el tipo de aseguramiento con que cuenta.
7. Orienta a la persona solicitante con respecto al trámite a seguir para recibir la atención. Finaliza el procedimiento.
8. ¿La persona solicitante es candidato potencial al beneficio de un seguro por el estado?
  - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 9.
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 10.
9. Inicia el procedimiento para el otorgamiento de seguro por el estado (Ver Manual de normas y procedimientos de Seguro por el Estado). Finaliza este procedimiento.
10. ¿La persona solicitante califica dentro de una de las coberturas especiales según leyes que otorgan una protección con cargo al estado?
  - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 11.
  - Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 12.
11. Inicia el trámite para autorización de la atención de la persona con cargo al estado. Finaliza este procedimiento.

12. Calcula el costo del servicio y el porcentaje del gasto administrativo y registra los datos en la herramienta informática disponible para tal fin.
13. ¿La persona solicitante cuenta con un medio para hacer el pago de inmediato por concepto de servicios de salud?
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 14.
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 15.
14. Realiza la prevención de pago – aviso de cobro (factura) y orienta a la persona solicitante para que realice el pago al ente recaudador correspondiente (unidad de caja del establecimiento, sucursal correspondiente o ente recaudador externo) y continúa en la actividad 19.
15. ¿La persona solicitante ya fue atendida en el servicio de emergencias o en hospitalización, en calidad de urgencia?
  - Si la respuesta es negativa, Finaliza el procedimiento.
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 16.
16. Instruye a la persona para que realice el pago correspondiente en el ente recaudador, al egreso del servicio de emergencias o de hospitalización, o en su defecto dentro de los 5 primeros días hábiles posteriores a la prestación del servicio; e informa de la consecuencia del no pago.
17. ¿Se sospecha que el solicitante tiene una relación obrero patronal, pero no está asegurado?
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 18.
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 19.
18. Se elabora la solicitud “Estudio Inspección” en el formulario, Código No. 4-70-09-0220 y se envía al Servicio de Inspección de la Caja Costarricense de Seguro Social.
19. ¿Se detecta algún error de confección en la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada, estando el usuario presente?
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 20.
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 21.
20. Anula la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada y elabora una nueva prevención de pago – aviso de cobro (factura) en la cual se rectifican los errores ya sean materiales, de hecho o aritméticos y se solicita al usuario nuevamente su firma. Continúa con la actividad 23.

21. ¿Se detecta algún error de confección en la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada, con posterioridad?
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 22.
  - Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 23.
22. Anula la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada y elabora una nueva prevención de pago – aviso de cobro (factura) cuando corresponda, además notifica al usuario por escrito indicando las justificaciones correspondientes y se custodian los documentos (Factura anterior, Factura actual y la notificación) probatorios del acto administrativo (Artículo 157 Ley General de la Administración Pública).
23. Verifica en el sistema de información si la persona realizó el pago de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) .
24. ¿El pago de la prevención de pago – aviso de cobro (factura) fue realizado?
  - Si la respuesta es positiva, finaliza el procedimiento.
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 25,
25. ¿La persona ya fue atendida?
  - Si la respuesta es negativa, continua con la actividad 26.
  - Si la respuesta es positiva, continua con la actividad 27.
26. Anula la prevención de pago – aviso de cobro (factura) registrada indicando la justificación correspondiente. Finaliza el procedimiento.
27. Refiere el caso a la Dirección de Cobro o Sucursal según corresponda, para el trámite de cobro.
28. Finaliza el procedimiento.

## **7 Disposiciones Generales**

### **7.1 Derogación de normas (del procedimiento anterior)**

Este Manual deroga los artículos 9, 45, 48 y 49 del Manual de Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos de febrero 2006. Sustituye el Procedimiento y control para el cobro de facturas por servicios de salud, Unidades de Validación de Derechos para Hospitales y Clínicas, año 1992 y Oficio No.000089 del 29 de Abril de 1993.

## **7.2 Transitorio I**

La Dirección de Coberturas Especiales, en coordinación con las instancias técnicas involucradas, establecerán un plan de trabajo para la implementación del módulo para la Facturación de No Asegurados con capacidad de pago; dicho plan deberá ser presentado en plazo no mayor a tres meses posteriores a la aprobación del presente manual.

## **7.3 Transitorio II**

Es responsabilidad de cada Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos o de la autoridad máxima administrativa en los centros en que no se cuente con dicha unidad, de llevar un estricto registro, control y seguimiento de las facturación, pagos y anulaciones anteriores que se mantengan en las cuentas 137-XX-X y 130-01-8, para lo cual deberán asistir a solicitud de la Sub área de Contabilidad Operativa a las diferentes sesiones de trabajo, así como remitir mediante oficios las gestiones realizadas para la depuración de estas cuentas a efectos de actualizar los saldos de los Estados Financieros.

## **7.4 Transitorio III**

Es responsabilidad de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos o de la autoridad máxima administrativa en los centros en que no se cuente con dicha unidad mantener depurados localmente los saldos que muestran las cuentas 176-XX-X, 825-XX-X, para posteriormente coordinar con la Sub área de Contabilidad Operativa los procesos de conciliación de los saldos de las cuentas antes mencionadas.

## **7.5 Transitorio IV**

Las unidades de la Gerencia Financiera, designadas para realizar la certificación, gestión de cobro judicial y adecuaciones de pago a nivel nacional, de las facturas de No Asegurados con capacidad de pago, iniciarán dicha labor, una vez que se encuentre en producción la segunda fase de la herramienta denominada “Módulo Integral Gestión de Cobros”, correspondiente al cobro administrativo y judicial, o bien cuando la Gerencia Financiera, así lo disponga.

## 8 Anexos

### 8.1 Anexo No. 1: Prevención de Pago- Aviso de Cobro Cálculo de prestaciones a cobrar



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Sistema Centralizado de Recaudación

Fecha de emisión :  
Pag. 1 De 1

PREVENCIÓN DE PAGO – AVISO DE COBRO  
CÁLCULO DE PRESTACIONES A COBRAR  
No. \_\_\_\_\_

Detalle de Facturas Médicas del Periodo Junio 2012 a Junio 2013

Centro Médico: Hospital México

Tipo Factura: Servicios Médicos

Estado Factura: Cobro Administrativo (Este estado cambiará a cobro judicial cuando la deuda se certifique para cobro judicial)

Fecha de facturación: (es la fecha en que se ingresa al sistema – ej. Junio 2013).

**Datos de la persona que recibió los servicios:**

NOMBRE 1er APELLIDO 2do APELLIDO N° DE IDENTIFICACIÓN

No. Asegurado \_\_\_\_\_ Tel. habitación: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Medio para recibir notificaciones: \_\_\_\_\_

Dirección: Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Barrio o caserío: \_\_\_\_\_

Otras señas: \_\_\_\_\_

Fecha límite de pago: \_\_\_\_\_

**Detalle de las prestaciones:**

Cantidad y Descripción del Servicio	Costo unitario	Monto del servicio
1 Colesterol	500	500
2 Mamografía	250	500
<b>Subtotal</b>		<b>1.000</b>
<b>Firma y/o Huella digital del deudor: _____</b>		<b>Gastos administrativos (se aplica el 25%)</b>
<b>Datos del acompañante en caso que la persona deudora no pueda firmar:</b>		<b>250</b>
		<b>Intereses</b>
		<b>50</b>
		<b>Total General a cancelar por el Servicio</b>
		<b>1.300</b>
NOMBRE 1er APELLIDO 2do APELLIDO N° DE IDENTIFICACIÓN FIRMA		
<b>Testigo ante la negativa de firmar por parte de la persona deudora:</b>		
NOMBRE 1er APELLIDO 2do APELLIDO N° DE IDENTIFICACIÓN FIRMA		

LA INSTITUCIÓN LE CONCEDE CINCO (5) DÍAS HÁBILES CON EL PROPÓSITO DE QUE SE PRESENTE A NORMALIZAR SU SITUACIÓN (PRESENTAR DOCUMENTOS IDÓNEOS QUE DEMUESTREN SU ASEGURAMIENTO O BIEN CANCELAR EL MONTO FACTURADO) CASO CONTRARIO EL ADEUDO QUEDARÁ FIRME EN SEDE ADMINISTRATIVA Y SE DARÁ INICIO A LAS ACCIONES DE COBRO JUDICIAL.

AL 6° DÍA HÁBIL EL ADEUDO COMENZARÁ A DEVENGAR INTERESES MORATORIOS.

## 8.2 Anexo No. 2: Solicitud de estudio

### CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

#### SOLICITUD DE ESTUDIO

Señor		Lugar y Fecha	
El Patrono		No. Patronal	No. Teléfono
Actividad Patronal	Ubicado en		
Asegurado Directo		No. Asegurado	
		No. Cédula	
DETALLE:			
Firma de la persona que solicita		Firma del empleado responsable	

M y P. 4-70-09-0220

### 8.3 Anexo No. 3: Guía básica de entrevista

Centro: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ N<sup>a</sup> identificación: \_\_\_\_\_

Dirección exacta de la vivienda: \_\_\_\_\_

Teléfono (Habitación, Celular, Trabajo)

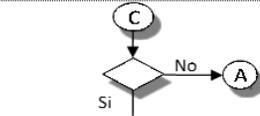
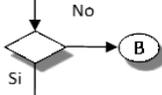
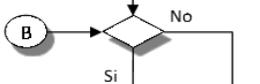
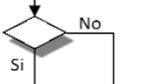
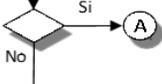
N <sup>a</sup>	Preguntas básicas	Referencia
	¿Edad en años?	
	¿Estado civil?	
	¿Nivel de estudio que posee?	
	¿Ocupación?	
	¿Ingreso mensual aproximado?	
	¿Cómo lo obtiene?	
	¿Con quién convive usted?	
	¿Dependen de usted esas personas?	
	¿Está asegurado? (Si responde que no, ¿Por qué?)	
	¿Hay miembros del núcleo familiar que trabajan?	
	¿Cuánto es el ingreso mensual familiar?	
	¿Recibe ayuda económica de alguna entidad pública o privada?	
	¿Cuánto es el estimado del gasto mensual familiar?	
	¿Posee bienes inscritos a su nombre? (casa – auto)	
Observaciones :		
<hr/> Funcionario que realiza la entrevista		

## 8.4 Anexo No.4 Diagrama de flujo: Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago

### *Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago*

No.	Actividades	Participante
		Funcionario de la Unidad Validación y Facturación de Servicios Médicos
1	Inicio del procedimiento	
2	Recibe a la persona solicitante referida de la consulta externa, de admisión o del servicio de emergencias	
3	Solicita el documento de identificación a la persona solicitante del servicio	
4	Verifica si la persona solicitante cuenta con una modalidad de aseguramiento	
5	¿La persona solicitante cuenta con una modalidad de aseguramiento?	
6	Entrega a la persona solicitante el "Informe de Verificación", en el cual indica el tipo de aseguramiento con que cuenta	
7	Orienta a la persona solicitante con respecto al trámite a seguir para recibir la atención	
8	¿La persona solicitante es candidato potencial al beneficio de un seguro por el estado?	
9	Inicia el procedimiento para el otorgamiento de seguro por el estado	
10	¿La persona solicitante califica dentro de una de las coberturas especiales según leyes que otorgan una protección con cargo al estado?	
11	Inicia el trámite para autorización de la atención de la persona con cargo al estado	
12	Calcula el costo del servicio y el porcentaje del gasto administrativo y registra los datos en la herramienta informática disponible para tal fin.	
13	¿La persona solicitante cuenta con un medio para hacer el pago de inmediato por concepto de servicios de salud?	
14	Realiza la factura y orienta a la persona solicitante para que realice el pago al ente recaudador correspondiente	

**Facturación de servicios de salud a personas no aseguradas con capacidad de pago**

<b>No.</b>	<b>Actividades</b>	<b>Participante</b> <b>Funcionario de la Unidad Validación y Facturación de Servicios Médicos</b>
15	¿La persona solicitante ya fue atendida en el servicio de emergencias o en hospitalización, en calidad de urgencia?	
16	Instruye a la persona para que realice el pago correspondiente en el ente recaudador, al egreso del servicio de emergencias o de hospitalización, o en su defecto en los 5 días hábiles posteriores a la prestación del servicio.	
17	¿Se sospecha que el solicitante tiene una relación obrero patronal, pero no está asegurado?	
18	Se elabora la solicitud "Estudio Inspección" en el formulario, Código No. 4-70-09-0220 y se envía al Servicio de Inspección de la Caja Costarricense de Seguro Social.	
19	¿Se detecta algún error de confección en la factura registrada, estando el usuario presente?	
20	Anula la factura registrada y elabora una nueva factura en la cual se rectifican los errores ya sean materiales, de hecho o aritméticos y se solicita al usuario nuevamente su firma	
21	¿Se detecta algún error de confección en la factura registrada, con posterioridad?	
22	Anula la factura registrada y elabora una nueva factura, además notifica al usuario por escrito indicando las justificaciones correspondientes y se custodian los documentos probatorios del acto administrativo.	
23	Verifica en el sistema de información si la persona atendida realizó el pago de la factura	
24	¿El pago de la factura fue realizado?	
25	¿La persona ya fue atendida ?	
26	Anula la factura registrada indicando las justificaciones correspondientes.	
27	Refiere el caso a la Dirección de Cobro o Sucursal según corresponda, para el trámite de cobro	
28	Finaliza el procedimiento	