



Fodesaf

Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

Desaf

Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

Caja Costarricense del Seguro Social

Programa Asegurados por Cuenta del Estado

Rige: enero 2019

FICHA DESCRIPTIVA 2019

Nombre del programa: Seguro por el Estado.

Institución a cargo: Caja Costarricense del Seguro Social.

Norma legal de creación del programa: Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973

Otra normativa:

- Constitución Política de la República de Costa Rica 1949 (Carta magna de la República de Costa Rica)
- Ley Constitutiva Caja Costarricense de Seguro Social
- Ley 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley acerca de los beneficiarios, funciones, los programas y el presupuesto del FODESAF) Ley 8783, Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, Número 5662 (Nº Gaceta:199 del: 14/10/2009, del 10/12/2009, Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662, Ley Pensión para Discapacitados con Dependientes N° 7636, Ley Creación del ICODER, N.º 7800, Ley Sistema Financiero Nacional para Vivienda N° 7052 y Ley Creación Fondo Nacional de Becas)
- Decreto Ejecutivo 17898-S (1988) (del 02/12/1987, Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado. En éste se describen el reglamento, los procedimientos y el régimen financiero del programa.)
- Decreto N° 36870-MP-G-MBSF-MTSS Transferencia Monetaria Condicionada “Manos a la Obra” (Creación del beneficio, componentes, financiamiento, responsabilidades, tipos de proyectos y mecanismos de control).
- Decreto N° 37382-MP-MBSF “Programa de Atención Integral a Familias en pobreza, vulnerabilidad y riesgo social”.
- Reglamento del Seguro de Salud (Nº Gaceta: 25 del 03/12/1996, del 05/02/1997, este reglamento habla de los principios de salud, la cobertura y prestaciones, así como el financiamiento y los derechos y deberes de los usuarios)

- **Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado.** El propósito del manual es dejar definido el marco legal, el concepto y la cobertura del beneficio del Seguro con cargo al Estado y de las personas no aseguradas que, conforme al ordenamiento jurídico, tienen derecho a los beneficios del Seguro de Salud)

- **Decreto No. 38954-MTSS-MDHIS-MIDEPLAN: Implementación y articulación de la estrategia puente al desarrollo**

Antecedentes:

El artículo 177 de la Constitución Política, define la creación de las rentas para alcanzar la universalización de los Seguros Sociales que se inician con el traspaso de Hospitales a la Caja. En cumplimiento de esta disposición, la Caja abre las puertas de los servicios de salud a la población no protegida conformada por los indigentes y aquellos no pobres sin condición de aseguramiento o población que se denomina de pago directo.

Lo anterior dio origen al nacimiento de las unidades de Verificación de Derechos, actualmente Validación y Facturación de Servicios de Salud, a las que se designa como encargadas de identificar y registrar a las personas cabezas de familia y dependientes que califican como asegurados por el Estado. Aunado a ello también atienden a aquella población que por motivo de una Ley o norma específica el Estado cubre las atenciones médicas.

El Área de Coberturas del Estado es actualmente la unidad coordinadora de este programa que se ejecuta en cada centro médico de la CCSS (Áreas de Salud y Hospitales).

Está definido en la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973, con el fin de garantizar que se cumpla el principio de universalidad en el acceso a la salud.

Durante los períodos 2010 a 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social ha facturado por el desarrollo del programa “Seguro por el Estado” la suma de ¢390.450.35 millones, según lo siguiente:

Año	Monto Millones ¢
2010	54.048,40
2011	54.378,00
2012	60.858.70
2013	33.155.00
2014	43.545.60
2015	40.686.26
2016	55.919.84
2017	47.858.55
Total	390.450,35

Unidad Ejecutora: Área Coberturas del Estado; Dirección Coberturas Especiales; Gerencia Financiera.

Autoridad responsable de la ejecución del programa: Director Ejecutivo:
Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutiva C.C.S.S.

Responsable de la Gerencia Financiera: Lic. Gustavo Picado Chacón.

Responsable de la Dirección Coberturas Especiales, Lic. Miguel Cordero García.
Responsable del Área Coberturas del Estado, MBA. Eduardo Flores Castro

Teléfonos:

Director Ejecutivo: Fernando Llorca Castro 2539 1146

Lic. Gustavo Picado Chacón 2539 0933

Lic. Miguel Cordero García 2539 0935

MBA. Eduardo Flores Castro 2539 0739

E-mail:

Dr. Fernando Llorca Castro coincss@ccss.sa.cr

Lic. Gustavo Picado Chacón gpicadoc@ccss.sa.cr

Lic. Miguel Cordero García mcordero@ccss.sa.cr

MBA. Eduardo Flores Castro eflores@ccss.sa.cr

Sitio web del programa: No tiene.

Fecha de inicio: 24 de setiembre de 1973.

Objetivo general del programa: Mejorar la calidad de vida de los costarricenses y extranjeros residentes legales del país, que se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema o indigencia médica, por medio de un seguro que le permita acceder a las prestaciones en salud que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social, de acuerdo con el Reglamento del Seguro de Salud. De esta forma, se cumple con el mandato constitucional del principio de universalidad de los seguros sociales y la subsidiaridad del Estado.

Objetivos específicos del programa:

- Otorgar un aseguramiento en el Seguro de Salud, a los costarricenses y extranjeros residentes legales del país, que se encuentren en situación de pobreza extrema, pobreza o indigencia médica.

Contribución del programa con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Anual Operativo:

No se presenta información del programa en el PND de la Administración Alvarado Quesada, para el periodo (2019-2022).

Cobertura geográfica: Nacional.

Características de la ejecución:

El usuario no asegurado que no esté obligado a contribuir a los seguros sociales, ni en general aquellos conforme al ordenamiento legal receptivo, no tengan derecho a ser asegurados dentro de los regímenes ordinarios que administra la Caja, pueden solicitarán un seguro por el Estado en la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, del establecimiento de salud que le corresponda, de conformidad con su domicilio.

Para ello se debe identifica con el documento de identificación (cédula de identidad o residencia permanente) ante el funcionario de la Caja designado en esa unidad, éste hace una entrevista con el fin de determinar: que no está obligado a contribuir a los seguros sociales, que no tiene capacidad de pago por los servicios de salud.

El funcionario de Validación y Facturación, realiza un estudio socio económico con el fin de calificar su acceso al beneficio del seguro de salud. En términos generales, esta indagación consiste en consultar a diferentes sistemas de información (internos o externos) para conocer que no tiene derecho a otra modalidad de aseguramiento, que no cuenta con bienes muebles o inmuebles que produzcan ingresos suficientes para contribuir a los seguros sociales, que no tenga una actividad económica registrada y activa en la Tributación Directa. A su vez, se realiza una entrevista estructurada a la cabeza de familia para determinar variables socio económicas de interés

Completada esa investigación previa, si es primera vez se registra en el sistema de información institucional un aseguramiento provisional por 3 meses a efecto de que reciba los servicios de salud y complete el estudio socio económico que confirmará su condición de vulnerabilidad económica de pobreza, pobreza extrema o indigencia médica.

Una vez otorgado el beneficio de este aseguramiento, pasa a la unidad de Afiliación del establecimiento de salud a retirar su carné de asegurado por el Estado que cubre al cabeza de familia y los beneficios familiares.

Mecanismos de corresponsabilidad:

Según el Manual de Procedimientos del Seguro por el Estado, es responsabilidad de cada asegurado por cuenta del Estado:

- a) Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.
- b) Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.
- c) Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.

d) Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.

e) Seguir el plan de tratamiento aceptado por él, y cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.

f) Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.

g) Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.

h) Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.

i) Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.

j) Todos aquellos otros derechos establecidos en el ordenamiento jurídico, así como los que se deriven de su condición de ciudadano usuario del servicio público de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Recurso humano involucrado en la gestión y ejecución:

Para obtener el beneficio del aseguramiento por cuenta del Estado, en el establecimiento de salud está involucrado el Director Médico, Administrador y el funcionario de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Para recibir los beneficios de los servicios de salud todo el personal del establecimiento de salud que requiera.

Para el trámite de facturación y recaudación del costo del aseguramiento, se involucra a nivel central de la Caja la Gerencia Financiera.

Sistema de monitoreo:

Se realizan reportes periódicos para medir el comportamiento de las adscripciones de los núcleos familiares. Lo anterior permite medir los cambios de los aseguramientos otorgados.

Periodicidad y tipo de evaluación prevista:

De conformidad con el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, punto 3.4.9.6 "El Área Coberturas del Estado, es la unidad rectora y normativa en la materia, responsable de la divulgación, asesoría, capacitación y evaluación del cumplimiento en lo dispuesto en este manual."

Estas evaluaciones se realizan por muestreo una vez al año.

Duración que tiene el programa: indefinida.

Población meta: Este beneficio está dirigido a la población en condición de pobreza, de conformidad a los datos suministrados por la Dirección Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual se estima para el año 2017 en un 12,45 % del total de la población asegurada por cuenta del Estado.

Total, de Población estimada para 2017: 4.947.481

Estimación de núcleos familiares con derecho a un aseguramiento por cuenta del Estado 236.908 ($4.947.481 * 12,4 \% = 615.961 / 2,6$ miembros por familia)

El 12,4 % se compone con:

5,8% Pobreza Extrema no asegurada, aproximadamente 40.650 núcleos familiares

2,5% Pobres, pero sin seguro Social (Indigencia Médica) 46.258 núcleos familiares

4.1% Pobres asegurados por el Estado en promedio 150.000 núcleos familiares

Bienes o servicios que entrega (productos):

- Aseguramiento en el Seguro de Salud:
Cuyo costo se calcula sobre la base mínima contributiva por una prima. Ambos productos son calculados por la Dirección Actuarial y Económica y aprobados por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Criterio y metodología de selección del beneficiario:

- No estar incluido en alguno de los regímenes, categorías o convenios propios de la Caja.
- No poder satisfacer las necesidades básicas, de alimentación, vestuario, vivienda y salud.

Periodicidad de la entrega del servicio / Calendario de entrega de los beneficios:

El beneficio se otorga mensualmente a la población meta.

Trámites para acceder al beneficio / trámites y procedimientos a realizar para que el sujeto del beneficio seleccionado reciba el beneficio:

De conformidad con el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado, punto 5 Descripción del proceso y procedimientos, que a la letra indica:

“5.1.1 Procedimiento: Otorgamiento del beneficio provisional de Seguro por el Estado

Para el otorgamiento de este beneficio, el funcionario designado para realizar el procedimiento realizará las siguientes actividades:

5.1.1.1 Solicita el documento de identificación de la persona objeto del beneficio, según lo indicado en el apartado 4.1.

5.1.1.2 Realiza una entrevista preliminar y consulta los sistemas de información disponibles (SICERE, SIAC, Pensiones, ficha familiar, SIPO, Registro Civil, Registro de Propiedad, Migración y Registro de Contribuyentes del Ministerio de Hacienda) para identificar elementos que permitan presumir la condición de indigencia médica, que nunca se le ha otorgado un beneficio provisional o definitivo y que la persona usuaria del servicio no cuenta o califica para otra modalidad de aseguramiento.

5.1.1.3 ¿La persona objeto del beneficio cumple con las condiciones para otorgarle el beneficio provisional?

- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.1.4. - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.1.5.

5.1.1.4 Orienta a la persona objeto del beneficio para que realice la gestión según la modalidad de aseguramiento que le corresponde. Finaliza el procedimiento.

5.1.1.5 Otorga el beneficio provisional de Seguro por el Estado, por una única vez y por un periodo de tres meses.

5.1.1.6 Deja constancia en el SIAC, específicamente en el Módulo Seguro por el Estado, de la gestión realizada.

5.1.1.7 Instruye a la persona objeto del beneficio sobre los requisitos y procedimientos para solicitar el beneficio definitivo de Seguro por el Estado.

5.1.1.8 ¿El otorgamiento del beneficio provisional se realizó a partir de atenciones médicas suministradas en los servicios de emergencias de un hospital o EBAS?

- Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.1.9. - Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.1.10.

5.1.1.9 Refiere a la persona objeto del beneficio al área de salud de adscripción, para la emisión y entrega del carné y que continúe con la gestión del beneficio definitivo. Finaliza el procedimiento.

5.1.1.10 Orienta a la persona objeto del beneficio hacia la Unidad correspondiente para la emisión del carné. Finaliza el procedimiento.

5.1.2 Procedimiento: Otorgamiento del beneficio definitivo de Seguro por el Estado

Para el otorgamiento de este beneficio, el funcionario designado para realizar el procedimiento realizará las siguientes actividades:

5.1.2.1 Solicita el documento de identificación de conformidad con el punto 3.4.2.2. y los requisitos indicados en el apartado 4.2.

5.1.2.2 Verifica que los requisitos estén completos y se ajusten a lo establecido.

5.1.2.3 Realiza la entrevista al jefe de familia con el fin de obtener algunos elementos sobre la condición socioeconómica del núcleo familiar.

5.1.2.4 Registra los datos personales suministrados por la persona objeto del beneficio en el SIAC, Módulo Seguro por el Estado, conforme con el instructivo aprobado y la guía de usuario del sistema SIAC.

5.1.2.5 Realiza la indagación correspondiente, que permita determinar si la persona objeto del beneficio califica para el otorgamiento del beneficio definitivo del Seguro por el Estado, para lo cual obtiene y verifica lo siguiente:

- Composición del núcleo familiar mediante consulta al Registro Civil, entrevista o sistemas complementarios oficiales.
- Condición de aseguramiento de los adultos del núcleo familiar, por medio de los sistemas integrados de información SICERE, SIAC, PENSIONES.
- Condición socioeconómica del núcleo familiar por medio de la información recopilada en entrevista, consulta a sistemas internos y externos, aporte de los ATAP y Trabajo Social, si lo hubiere.
- Bienes inscritos en el Registro Público de la Propiedad (inmuebles y muebles), de cada uno de los miembros del núcleo familiar mayores de edad, mediante consulta al sitio Web del Registro Nacional. En caso de que la persona objeto del beneficio posea algún bien se debe determinar si el mismo constituye una fuente de ingreso.
- Cargo de los recibos de servicios públicos y privados emitidos en el último mes (agua, luz, teléfono fijo y móvil, cable, internet y otros).
- Recibo de alquiler de vivienda del último mes, cuando aplique.
- Otra información relativa a ingresos y egresos, sujeta a valoración que contribuya a un mejor resolver, ejemplos: pagos tarjeta de crédito o de empresas comerciales, estados de cuenta y recibos de entidades financieras, alquileres, pensiones.

5.1.2.6 Registra la información en el SIAC, Módulo Seguro por el Estado.

5.1.2.7 ¿Hay claridad con respecto al cumplimiento de la condición de indigencia médica del núcleo familiar?

- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.2.8. - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.9.

5.1.2.8 Solicita la colaboración de los ATAP y por la vía de la excepción la intervención de un profesional de trabajo social, con el fin de un mejor resolver.

5.1.2.9 Imprime el documento con la información suministrada de la persona objeto del beneficio y registrada en el SIAC, el cual debe ser firmado por el jefe de familia, mediante el cual da fe de que su contenido es fidedigno.

5.1.2.10 Elabora el expediente administrativo, en el cual se incluye el documento de solicitud debidamente firmado y copia de los documentos aportados por el jefe de familia.

5.1.2.11 Concluida la indagación y el análisis de la información, emite una recomendación para otorgar o denegar el beneficio y traslada la información para que se emita la resolución definitiva.

5.1.2.12 El titular subordinado que asigne el establecimiento de salud, analiza el expediente y resuelve.

5.1.2.13 ¿El titular subordinado aprueba el otorgamiento del beneficio?

- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.2.14.
- Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.23.

5.1.2.14 El titular subordinado comunica la resolución justificada por escrito a la persona objeto del beneficio y le informa sobre el derecho de establecer recurso de revocatoria con apelación en subsidio, en un plazo de cinco días hábiles.

5.1.2.15 ¿Se recibió recurso de revocatoria con apelación en subsidio, por parte de la persona objeto del beneficio?

- Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.16.
- Si la respuesta es negativa, finaliza el procedimiento.

5.1.2.16 El titular subordinado que asigne el establecimiento de salud y que emitió la resolución inicial, analiza y resuelve el recurso de revocatoria.

5.1.2.17 El titular subordinado emite la resolución sobre el recurso de revocatoria y la notifica.

5.1.2.18 ¿El recurso de revocatoria tiene fundamento y se debe otorgar el beneficio?

- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.2.19.
- Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.23.

5.1.2.19 El titular subordinado eleva la documentación correspondiente al superior inmediato.

5.1.2.20 El superior inmediato analiza y resuelve el recurso de apelación.

5.1.2.21 El superior inmediato emite la resolución sobre el recurso de apelación y la notifica.

5.1.2.22 ¿El recurso de apelación tiene fundamento y se debe otorgar el beneficio?

5.1.2.23 - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.23.
-Si la respuesta es negativa, finaliza el procedimiento.

5.1.2.23 Coordina con la unidad encargada la emisión de los carnés de Seguro por el Estado, según se indica en el punto 3.4.7.2 de este Manual.

5.1.2.24 Suministra información de los requisitos que debe presentar si desea renovar el beneficio. Finaliza el procedimiento.

5.1.3 Procedimiento: Renovación del beneficio de Seguro por el Estado

Para la renovación de este beneficio, el funcionario designado para realizar el procedimiento realizará las siguientes actividades:

5.1.3.1 Solicita el documento de identificación de conformidad con el punto 3.4.2.2. y los requisitos indicados en el apartado 4.3.

5.1.3.2 Verifica que los requisitos estén completos y se ajusten a lo establecido.

5.1.3.3 Revisa la información en el SIAC para verificar la fecha de vencimiento del beneficio definitivo y la condición de aseguramiento.

5.1.3.4 Realiza la entrevista al jefe de familia con el fin de obtener elementos sobre la condición socioeconómica actualizada del núcleo familiar.

5.1.3.5 Corroborar información en los diferentes sistemas disponibles (SICERE, SIAC, Pensiones, ficha familiar, SIPO, Registro Civil, Registro de Propiedad, Migración, y Registro de Contribuyentes del Ministerio de Hacienda) para identificar elementos que permitan verificar la condición de indigencia médica y que la persona usuaria del servicio no cuenta o califica para otra modalidad de aseguramiento.

5.1.3.6 Realiza la indagación correspondiente, que permita determinar si la persona objeto del beneficio, califica para la renovación del beneficio definitivo del Seguro por el Estado, para lo cual obtiene y verifica lo siguiente:

- Composición del núcleo familiar mediante consulta al Registro Civil u otros sistemas de información oficiales.
- Condición de aseguramiento de los adultos del núcleo familiar, por medio de los sistemas integrados de información SICERE, SIAC, PENSIONES.
- Condición socioeconómica del núcleo familiar por medio de la información recopilada en entrevista, consulta a sistemas de información internos y externos, aporte de ATAPS y Trabajo Social, si lo hubiere.
- Bienes inscritos en el Registro Público de la Propiedad (inmuebles y muebles), de cada uno de los miembros del núcleo familiar mayores de edad, mediante consulta al sitio

- Web del Registro Nacional. En caso de que la persona objeto del beneficio posea algún bien se debe determinar si el mismo constituye una fuente de ingreso.
- Cargo de los recibos de servicios públicos y privados emitidos en el último mes (agua, luz, teléfono fijo y móvil, cable, internet y otros).
- Recibo de alquiler de vivienda del último mes, cuando aplique.
- Otra información relativa a ingresos y egresos, sujeta a valoración, que contribuya a un mejor resolver, ejemplos: pagos tarjeta de crédito o de empresas comerciales, estados de cuenta y recibos de entidades financieras, alquileres, pensiones.
- Actualiza la información en el SIAC, módulo Seguro por el Estado.
- ¿Hay claridad con respecto al cumplimiento de la condición de indigencia médica del núcleo familiar?
- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.3.9. - Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.3.10.
- Solicita la colaboración de los ATAP y por la vía de la excepción la intervención de un profesional de trabajo social, con el fin de un mejor resolver.
- Imprime el registro actualizado del formulario electrónico del SIAC que contiene la información suministrada por el jefe de familia, solicita la firma del interesado, mediante el cual da fe que la misma es fidedigna.
- Actualiza el expediente administrativo, mediante la incorporación del formulario de solicitud debidamente firmado y los nuevos documentos aportados por el jefe de familia.
- Emite una recomendación para otorgar o denegar la renovación del beneficio y traslada la información al superior jerárquico.
- El titular subordinado que asigne el establecimiento de salud, analiza el expediente y resuelve.
- ¿El titular subordinado aprueba la renovación del beneficio?
- Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.3.15.
- Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.3.24.

5.1.3.15 El titular subordinado comunica la resolución justificada por escrito a la persona objeto del beneficio y le informa sobre el derecho de establecer recurso de revocatoria con apelación en subsidio, en un plazo de cinco días hábiles.

- ¿Se recibió recurso de revocatoria con apelación en subsidio, por parte de persona objeto del beneficio?
Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad

5.1.3.17. - Si la respuesta es negativa, finaliza el procedimiento.

- El titular subordinado que asigne el establecimiento de salud y que emitió la resolución inicial analiza y resuelve el recurso de revocatoria.
- El titular subordinado emite la resolución sobre el recurso de revocatoria la notifica.
- ¿El recurso de revocatoria tiene fundamento y se debe otorgar la renovación del beneficio?
Si la respuesta es negativa, continúa con la actividad 5.1.2.20.
Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.24.
- El titular subordinado eleva la documentación correspondiente al superior inmediato.
- El superior inmediato analiza y resuelve el recurso de apelación.
- El superior inmediato emite la resolución sobre el recurso de apelación y la notifica.
- ¿El recurso de apelación tiene fundamento y se debe otorgar la renovación del beneficio?
Si la respuesta es positiva, continúa con la actividad 5.1.2.24.
Si la respuesta es negativa, finaliza el procedimiento.
- Coordina con la unidad encargada la emisión de los carnés de Seguro por el Estado, según se indica en el punto 3.4.7.2 de este Manual.
- Suministra información de los requisitos que debe presentar si desea renovar el beneficio.

Requisitos Documentales:

Beneficio provisional de Seguro por el Estado

En el caso de mayores de edad, debe presentar la cédula de identidad o de residencia permanente.

En el caso de menores de edad nacionales, de 0 días a 12 años cumplidos certificado de nacimiento extendido por el Registro Civil y para mayores de 12 y menores de 18 años, debe presentar la tarjeta de identificación (TIM).

En el caso de menores de edad extranjeros, debe presentar alguno de los siguientes documentos: pasaporte (vigente); certificado de nacimiento apostillado o autenticado por el Consulado de Costa Rica en el país de origen y refrendado por el Ministerio de Relaciones Exteriores; o cédula de residencia vigente.

Beneficio definitivo de Seguro por el Estado

En el caso de personas mayores de edad, debe presentar la cédula de identidad o de residencia permanente vigente, de todos los miembros mayores de edad que integran el núcleo familiar.

En el caso de personas menores de edad nacionales, debe presentar la tarjeta de identificación (TIM) o certificado de nacimiento extendido por el Registro Civil.

En el caso de personas menores de edad extranjeras, debe presentar el pasaporte o certificado de nacimiento apostillado o autenticado por el Consulado de Costa Rica en el país de origen y refrendado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, según corresponda.

Original y copia de los siguientes documentos:

- Recibos de servicios públicos o privados (Agua, luz, teléfono fijo y/o móvil, cable o internet) del último mes, cuando corresponda.
- Recibo de alquiler de vivienda del último mes, cuando aplique.
- Recibos de adeudos del último mes, por ejemplo: pagos de tarjeta de crédito o de empresas comerciales, estados de cuenta y recibos de entidades financieras, alquileres, pensión alimenticia, cuando aplique.
- Comprobante de todos los ingresos del núcleo familiar, por ejemplo: empleo, pensión alimenticia, ayudas de entidades públicas o privadas, cuando corresponda.

En el caso de personas cuyo estado civil es casado (a), presentar constancia de matrimonio, si el mismo se efectuó en el extranjero, ésta debe ser apostillada o autenticada por el consulado de Costa Rica en el país de origen y refrendada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, según corresponda.

En el caso de personas extranjeras cuyo estado civil es soltero (a), presentar constancia de soltería, ésta debe ser apostillada o autenticada por el consulado de Costa Rica en el país de origen y refrendada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, según corresponda.

Renovación del beneficio de Seguro por el Estado

El cabeza de familia debe presentar la cédula de identidad o de residencia permanente vigente.

Si hay un nuevo miembro del grupo familiar se debe presentar el documento de identificación correspondiente.

Original y copia de los siguientes documentos:

- Recibos de servicios públicos o privados (Agua, luz, teléfono fijo y/o móvil, cable o internet) del último mes, cuando corresponda.
- Recibo de alquiler de vivienda del último mes, cuando aplique.
- Recibos de adeudos del último mes, por ejemplo: pagos de tarjeta de crédito o de empresas comerciales, estados de cuenta y recibos de entidades financieras, alquileres, pensión alimenticia, cuando aplique.
- Comprobante de todos los ingresos del núcleo familiar, por ejemplo: empleo, pensión alimenticia, ayudas de entidades públicas o privadas, cuando corresponda.

Situaciones que conducen a suspender o eliminar el beneficio

El beneficio se suspenderá por las siguientes razones:

- Fallecimiento del beneficiario
- Cuando exista un cambio de modalidad de aseguramiento
- Si desaparecen las condiciones que dieron origen al beneficio.

Temporalidad de los beneficios: El beneficio definitivo se encontrará vigente en el tanto persistan las condiciones que dieron origen a su concesión, de acuerdo con la validez de los carnés, que se establecen a continuación:

- Hasta por 3 años: Asegurados por cuenta del Estado.
- Hasta por 5 años: Personas en pobreza extrema residentes en las comunidades de mayor carencia catalogadas por el Estado y miembros de las comunidades indígenas.

Sujeto del beneficio:

Por la característica indicada en la Ley 5349, Decreto Ejecutivo 17989-S