



RUTAS DE INTEGRACIÓN

ASEGURAMIENTO



Dirección General de Migración y Extranjería

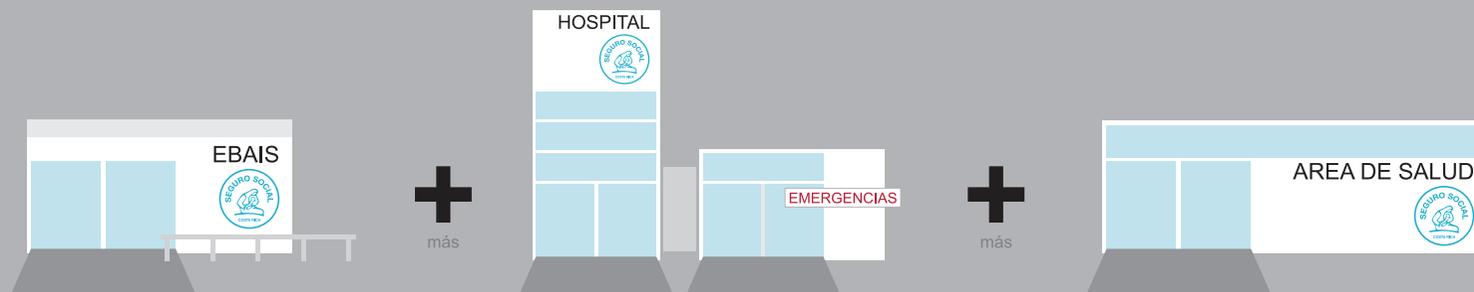


	Beneficios y responsabilidades del Aseguramiento por la CCSS.	3
1)	Aseguramiento como Trabajador(a) Asalariado(a).	10
	Documentos que deberá presentar para iniciar los trámites de aseguramiento.	11
	Trámites que deberá realizar.	18
2)	Aseguramiento como Trabajador(a) Independiente.	22
	Documentos que deberá presentar para iniciar los trámites de aseguramiento.	23
	Trámites que deberá realizar.	30
3)	Aseguramiento Voluntario.	35
	Documentos que deberá presentar para iniciar los trámites de aseguramiento.	36
	Trámites que deberá realizar.	44

Índice.

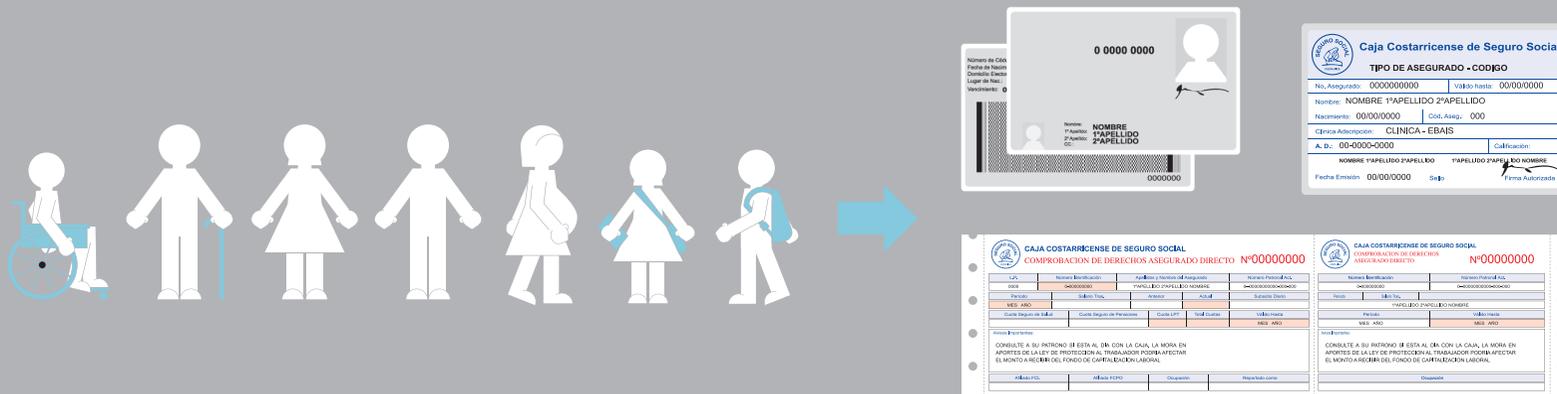
4)	Aseguramiento por Beneficio Familiar.	50
	Documentos que deberá presentar para iniciar los trámites de aseguramiento.	52
	Trámites que deberá realizar.	62
5)	Aseguramiento por el Estado	65
	Documentos que deberá presentar para iniciar los trámites de aseguramiento.	66
	Trámites que deberá realizar.	75
Dinámica Grupal: Comprendemos los trámites.		78

Índice.

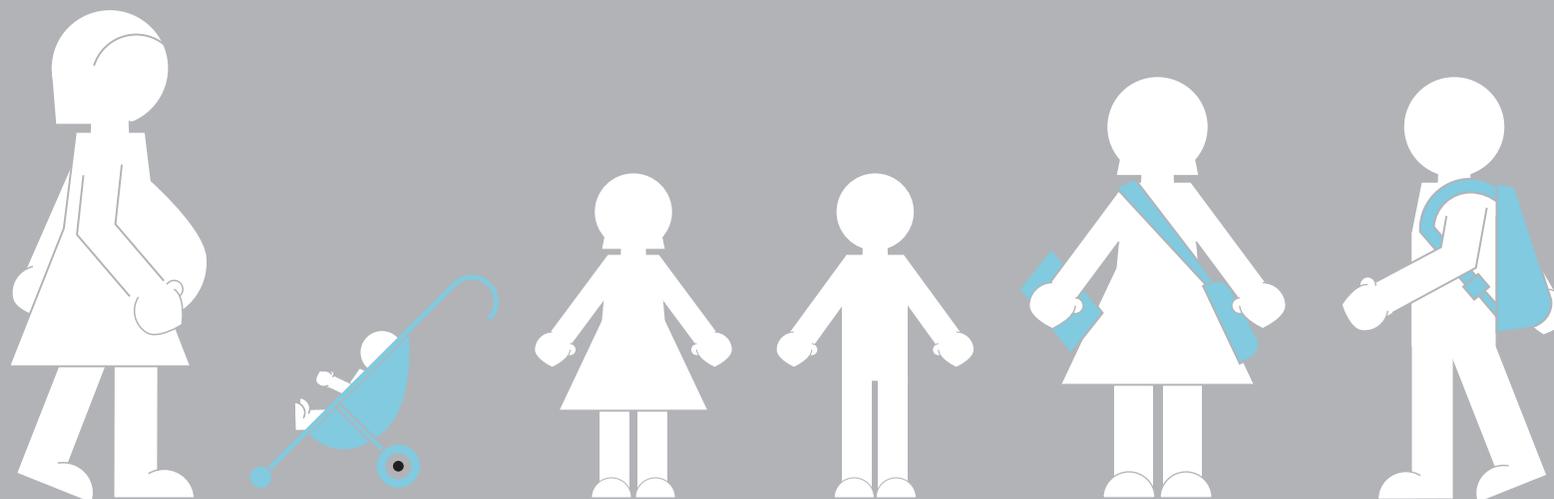


Atención pronta, oportuna, cercana, especializada y con igualdad de condiciones para todas las personas.



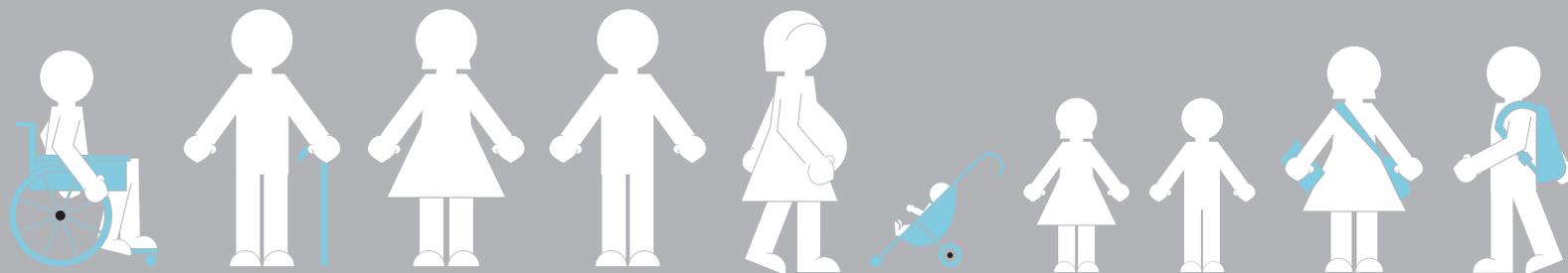


Para ser atendido en los distintos niveles de atención en salud de la CCSS toda persona deberá presentar un documento de identificación vigente, el carné de asegurado(a) y la orden patronal del último mes.



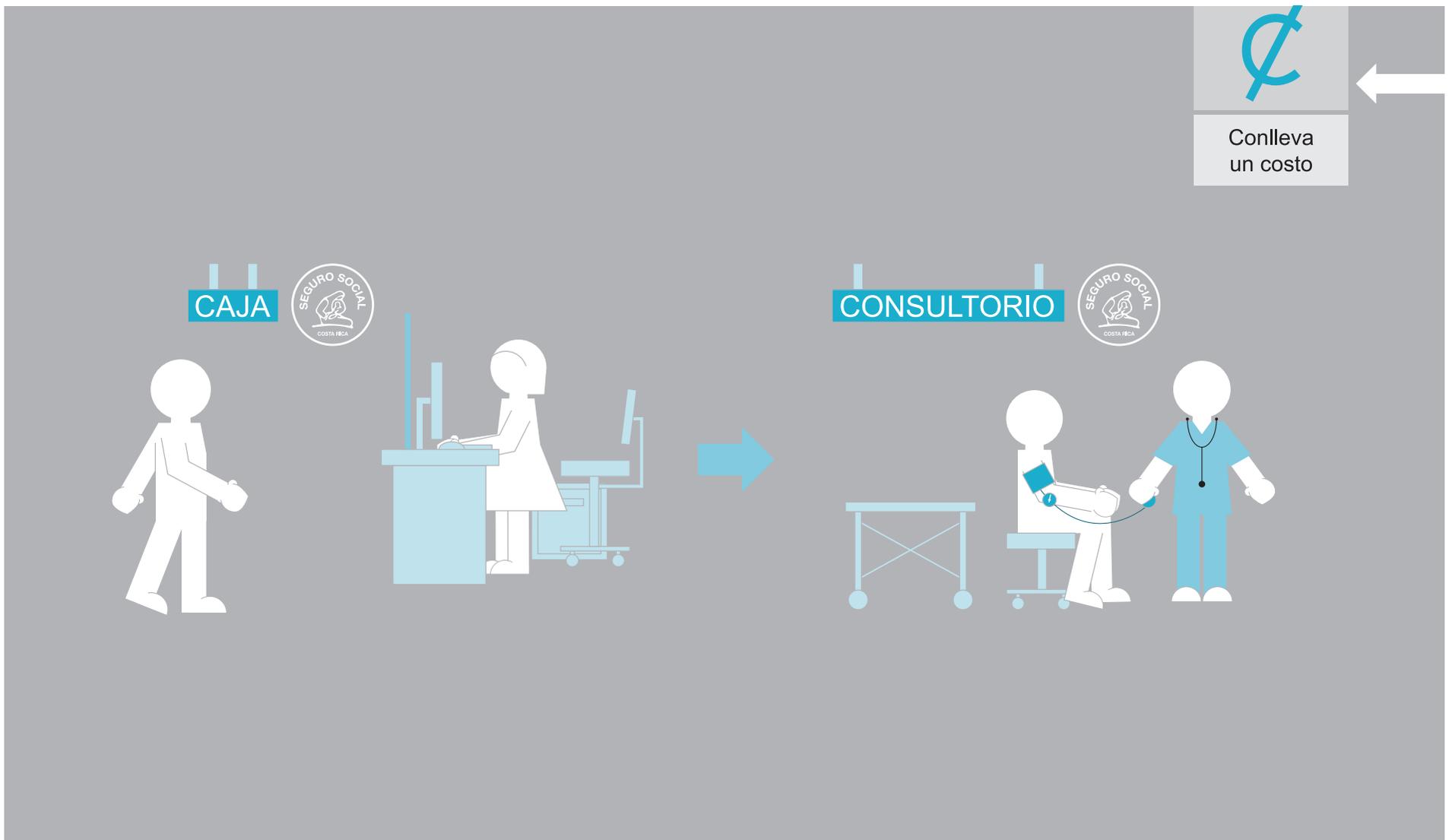
Toda mujer desde el primer momento del embarazo, hasta los primeros tres meses de lactancia, así como las personas menores de 18 años, tienen derecho a recibir todos los servicios en los distintos niveles de atención en salud de la CCSS.

Independientemente de su situación migratoria y aunque no estén aseguradas.



Toda persona puede recibir atención
en caso de necesitar los servicios médicos
en condición de urgencia y/o emergencia.

Independientemente de su situación migratoria y aunque no esté asegurada.

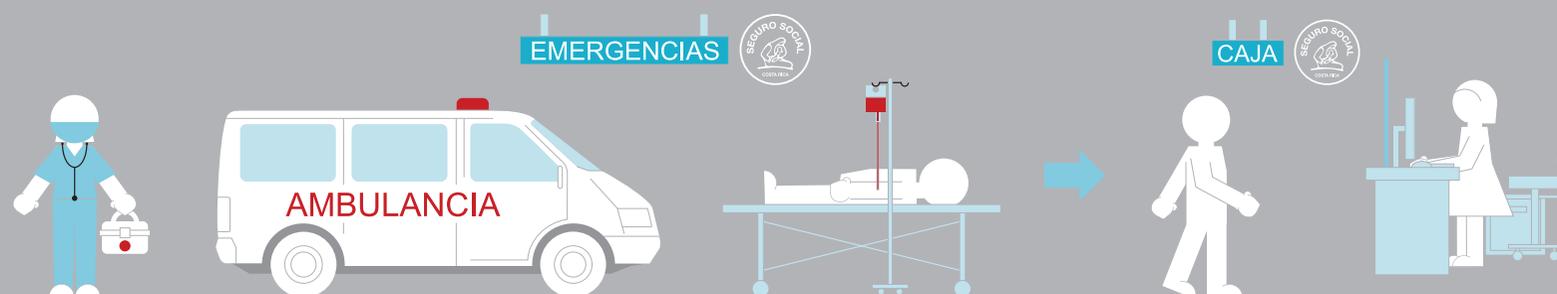


Toda persona no asegurada que necesite una consulta médica **deberá pagar antes** de recibir el servicio.

Excepto en la atención de urgencias y/o emergencias.

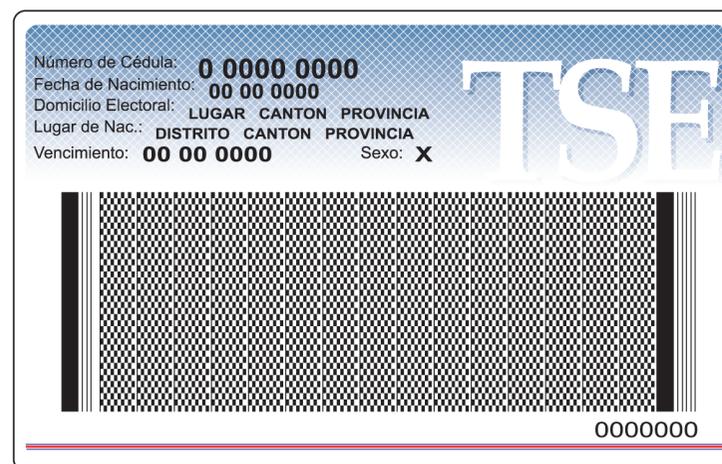


Conlleva un costo



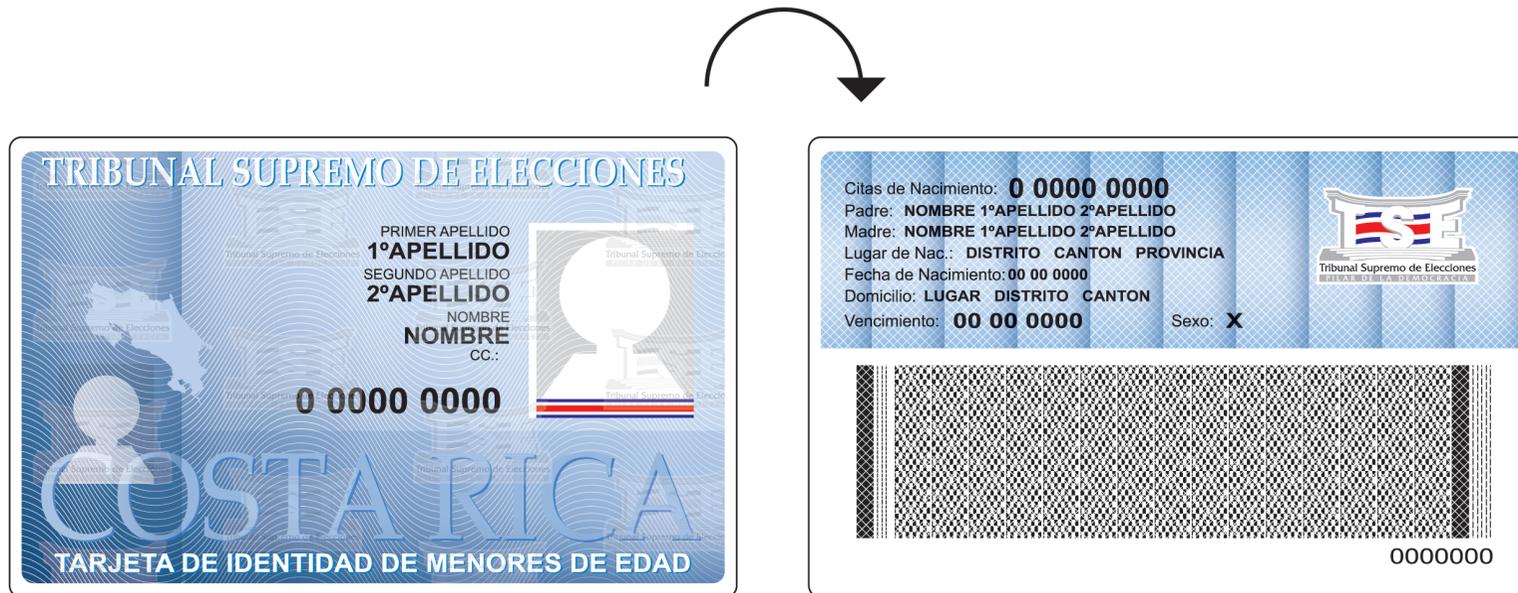
Toda persona no asegurada se le hará una factura por el costo de la atención médica en condición de urgencia y/o emergencias.

Podrá recibir financiamiento o acuerdos de pago en caso de necesitarlo.



Cédula de identidad.

(original y fotocopia)



Tarjeta de Identificación de Menores de Edad (TIM).

(de 12 años a 18 años) (original y fotocopia)

*En caso de no contar con la TIM deberá presentar una constancia de nacimiento.



(original y fotocopia)

+
más

Resolución
de aprobación
de residencia



Dirección General de Migración y Extranjería

(original y fotocopia)

ó

Acreditación
de estancia legal
(permanencia regular)

(sólo para
categorías
especiales)

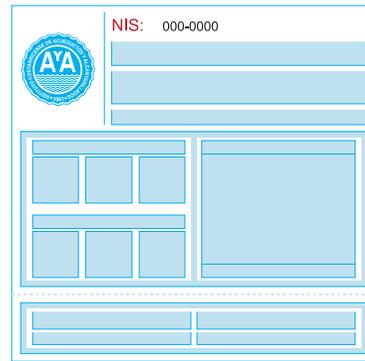
Se excluye la
modalidad turista

(original y fotocopia)



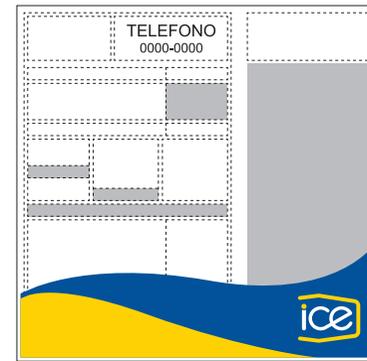
ELECTRICIDAD

ó



AGUA

ó



TELEFONÍA

Recibo de servicio público.

(tiene que aparecer la dirección de referencia) (original y fotocopia)

*Si renta el lugar donde vive (y el recibo está a nombre de otra persona), presente la copia del contrato de alquiler o recibos por dinero por el pago de la renta.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

ORDEN PATRONAL PROVISIONAL
(Llenar por Sucursal u Oficina de Planilla - Oficinas Centrales)

Nombre completo del trabajador <u>1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE</u>	No. Cédula <u>0 00 0000000</u>
Nombre del Patrono <u>1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE</u>	No. Patronal <u>0 000 000</u>

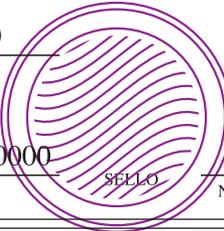
NOTA: Para los próximos meses deberá presentar la "TARJETA DE COMPROBACIÓN DE DERECHOS" que emite mensualmente la CAJA y que el patrono debe distribuir entre sus empleados

Válido hasta 00/00/0000

000000 A

XX 00/00/0000

Lugar y Fecha



SELLO



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre y Firma Empleado que autoriza

Orden patronal provisional.

Debe de solicitarla en la empresa que trabaja o a su patrono(a) (empleador(a)) en caso de ser un(a) empleado(a) de primer ingreso.

*La empresa o el o la patrono(a) para la que usted trabaja tiene la obligación, por ley, de asegurarlo(a).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COMPROBACION DE DERECHOS ASEGURADO DIRECTO N°00000000

L.P.	Número Identificación	Apellidos y Nombre del Asegurado	Número Patronal Act.
0000	0-000000000	1*APELLIDO 2*APELLIDO NOMBRE	0-00000000000-000-000
Periodo		Salario Tras.	Anterior
MES AÑO			Actual
			Subsidio Diario
Cuota Seguro de Salud		Cuota Seguro de Pensiones	Cuota LPT
			Total Cuotas
			Válido Hasta
			MES AÑO

Avisos Importantes:
CONSULTE A SU PATRONO SI ESTA AL DIA CON LA CAJA. LA MORA EN APORTES DE LA LEY DE PROTECCION AL TRABAJADOR PODRIA AFECTAR EL MONTO A RECIBIR DEL FONDO DE CAPITALIZACION LABORAL

Afiliado FCL	Afiliado FCPO	Ocupación	Reportado como



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COMPROBACION DE DERECHOS ASEGURADO DIRECTO N°00000000

Número Identificación	Número Patronal Act.
0-000000000	0-00000000000-000-000
Periodo	Salario Tras.
1*APELLIDO 2*APELLIDO NOMBRE	
Periodo	Válido Hasta
MES AÑO	MES AÑO

Avisos Importantes:
CONSULTE A SU PATRONO SI ESTA AL DIA CON LA CAJA. LA MORA EN APORTES DE LA LEY DE PROTECCION AL TRABAJADOR PODRIA AFECTAR EL MONTO A RECIBIR DEL FONDO DE CAPITALIZACION LABORAL

Ocupación

Deberá retirar la orden patronal mensualmente en la empresa que trabaja o con su patrono(a) (empleador(a))

*En este documento podrá corroborar que sus datos, incluido el monto de su salario y su número de aseguramiento sean los correctos.



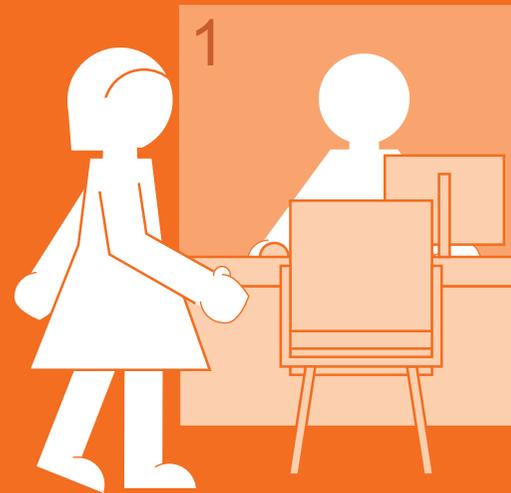
Deberá solicitar el número de asegurado(a)

en el Área de Plataforma en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS

ó
en la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.

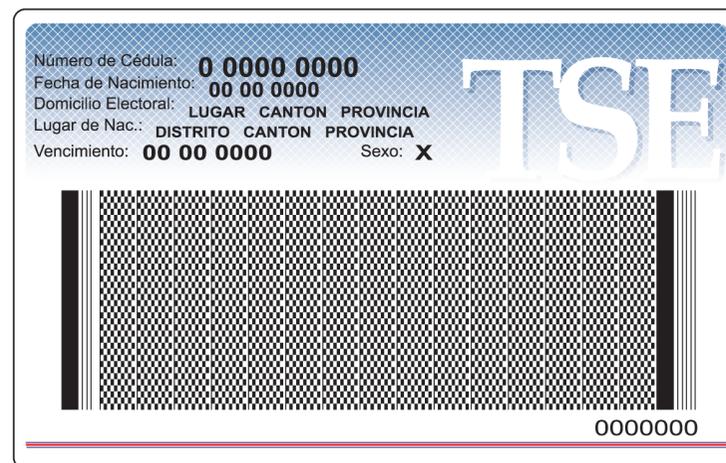
*Para los(as) costarricenses el número de asegurado(a)
es el mismo número de la cédula de identidad.

UNIDAD DE AFILIACION



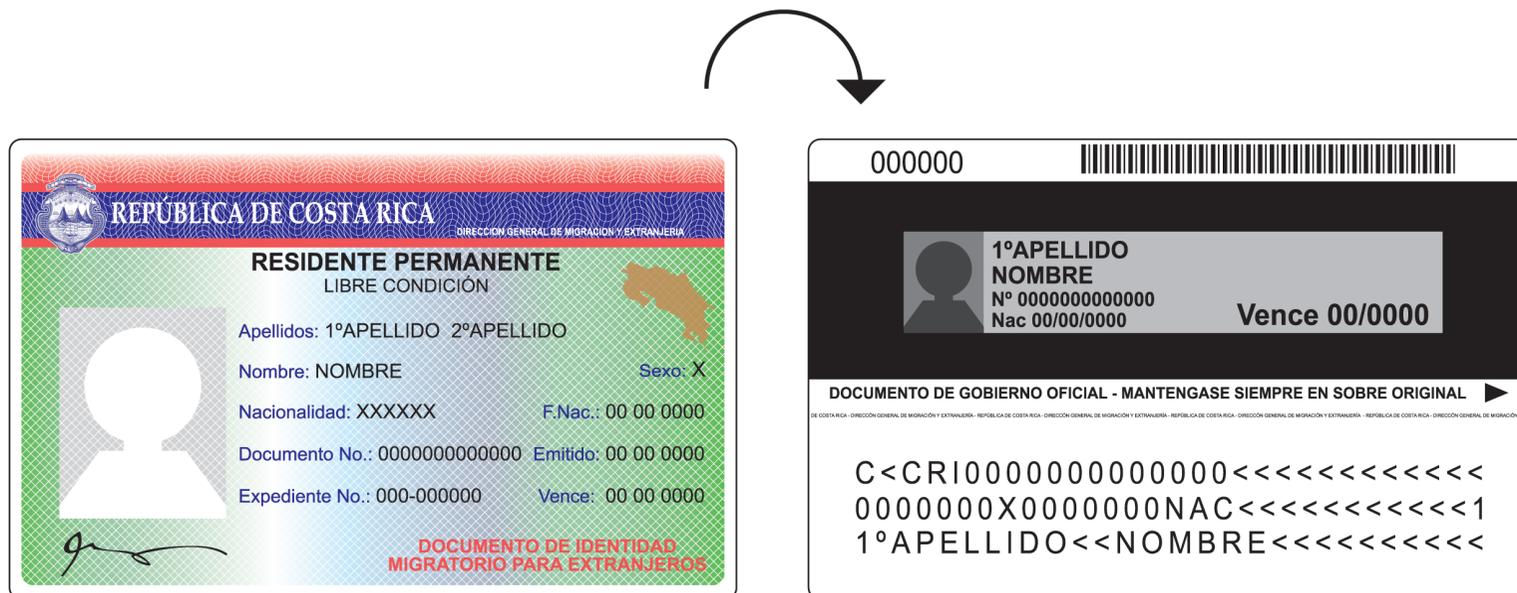
Caja Costarricense de Seguro Social	
TIPO DE ASEGURADO - CODIGO	
No. Asegurado: 0000000000	Válido hasta: 00/00/0000
Nombre: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO	
Nacimiento: 00/00/0000	Cód. Aseg.: 000
Clínica Adscripción: CLINICA - EBAIS	
A. D.: 00-0000-0000	Calificación:
NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO 1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Fecha Emisión 00/00/0000	Sello  Firma Autorizada

Deberá tramitar el carné de asegurado(a) en la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.



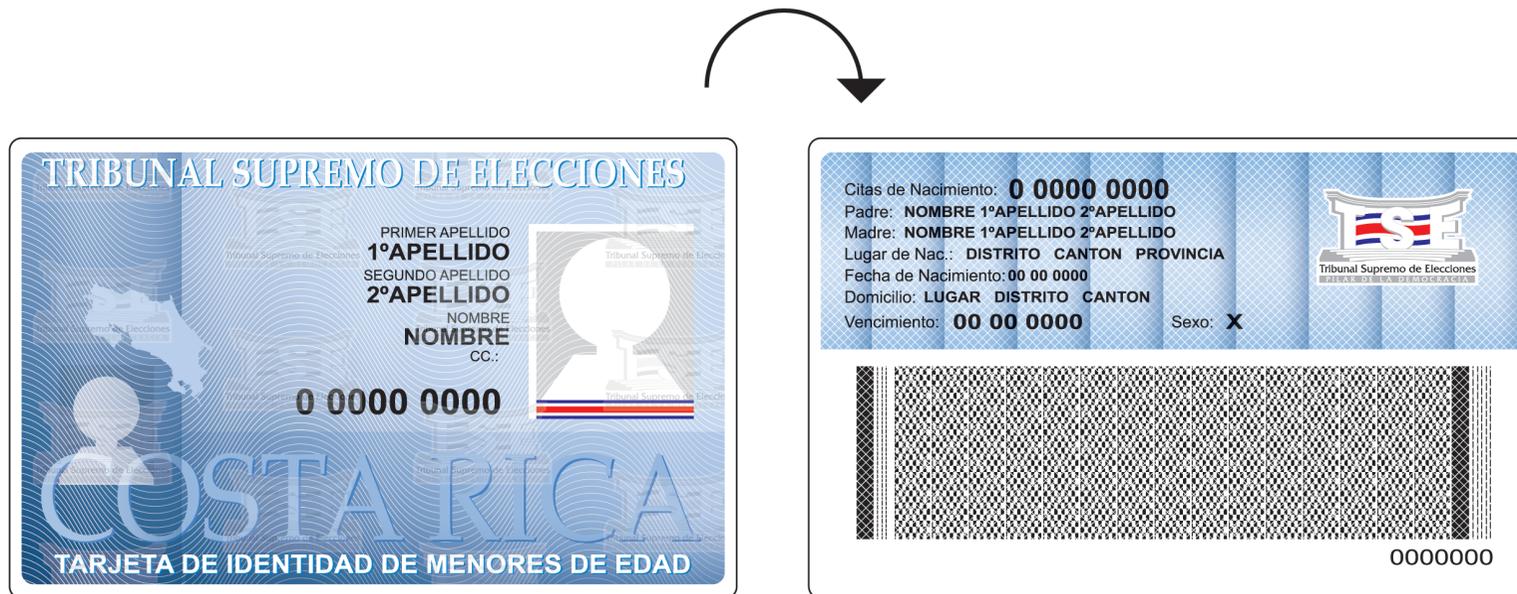
Cédula de identidad.

(original y fotocopia)



Cédula de residencia ó Carné de refugiado.

(original y fotocopia)



Tarjeta de Identificación de Menores de Edad (TIM).

(de 12 años a 18 años) (original y fotocopia)

*En caso de no contar con la TIM deberá presentar una constancia de nacimiento.



(original y fotocopia)

+
más

Resolución
de aprobación
de residencia



Dirección General de Migración y Extranjería

(original y fotocopia)

ó

Acreditación
de estancia legal
(permanencia regular)

(sólo para
categorías
especiales)

Se excluye la
modalidad turista

(original y fotocopia)

NISE/LOCALIZACION:
000000000

cnfl

ELECTRICIDAD

ó

NIS: 000-0000

AYA

AGUA

ó

TELEFONO
0000-0000

ice

TELEFONÍA

Recibo de servicio público.

(tiene que aparecer la dirección de referencia) (original y fotocopia)

*Si renta el lugar donde vive (y el recibo está a nombre de otra persona), presente la copia del contrato de alquiler o recibos por dinero por el pago de la renta.



Deberá contar con documentos
que comprueben sus ingresos (preferiblemente).

(de los últimos 6 meses)

PLATAFORMA



Deberá presentarse a la entrevista que hace el o la funcionario(a) del Área de Plataforma en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.

PLATAFORMA



Deberá firmar la declaración escrita que indica que la información dada es cierta, ante el o la funcionario(a) del Área de Plataforma en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.



Conlleva un costo

CAJA



Deberá hacer el pago de la **inscripción** como asegurado(a) en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.

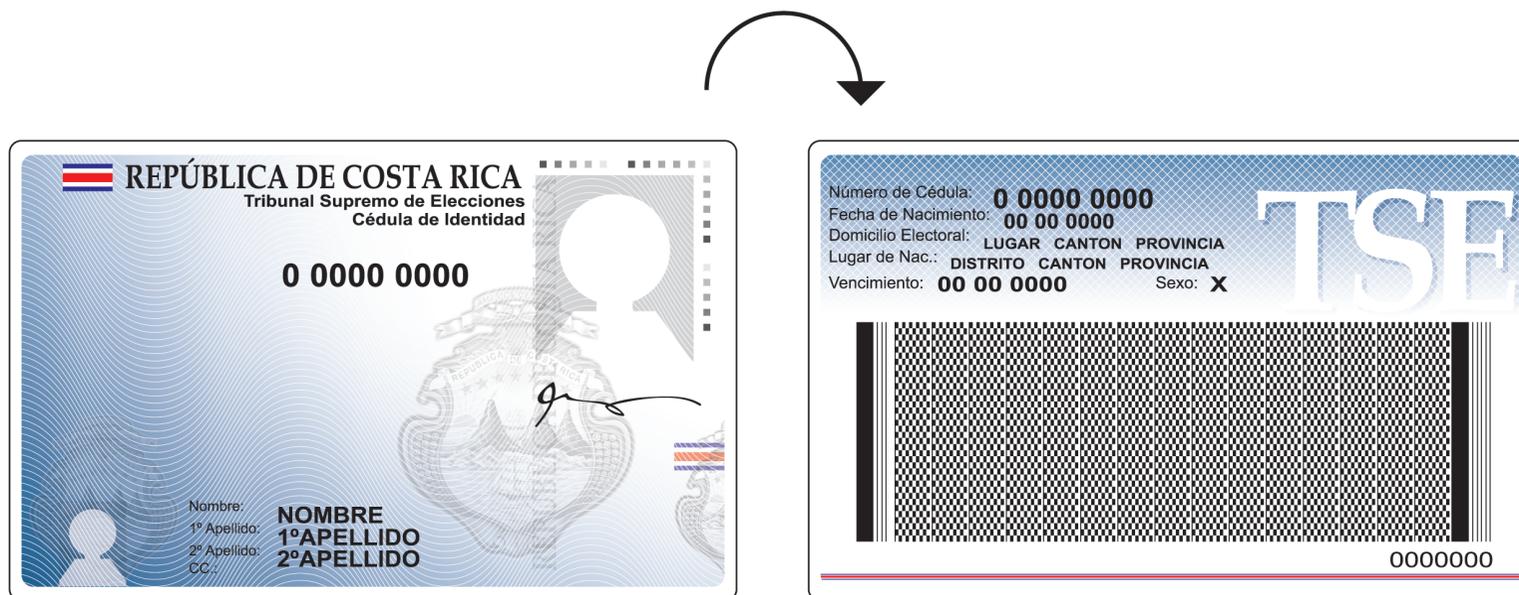
*Los siguientes pagos se pueden hacer en la mayoría de bancos y en algunos supermercados del país.

UNIDAD DE AFILIACION



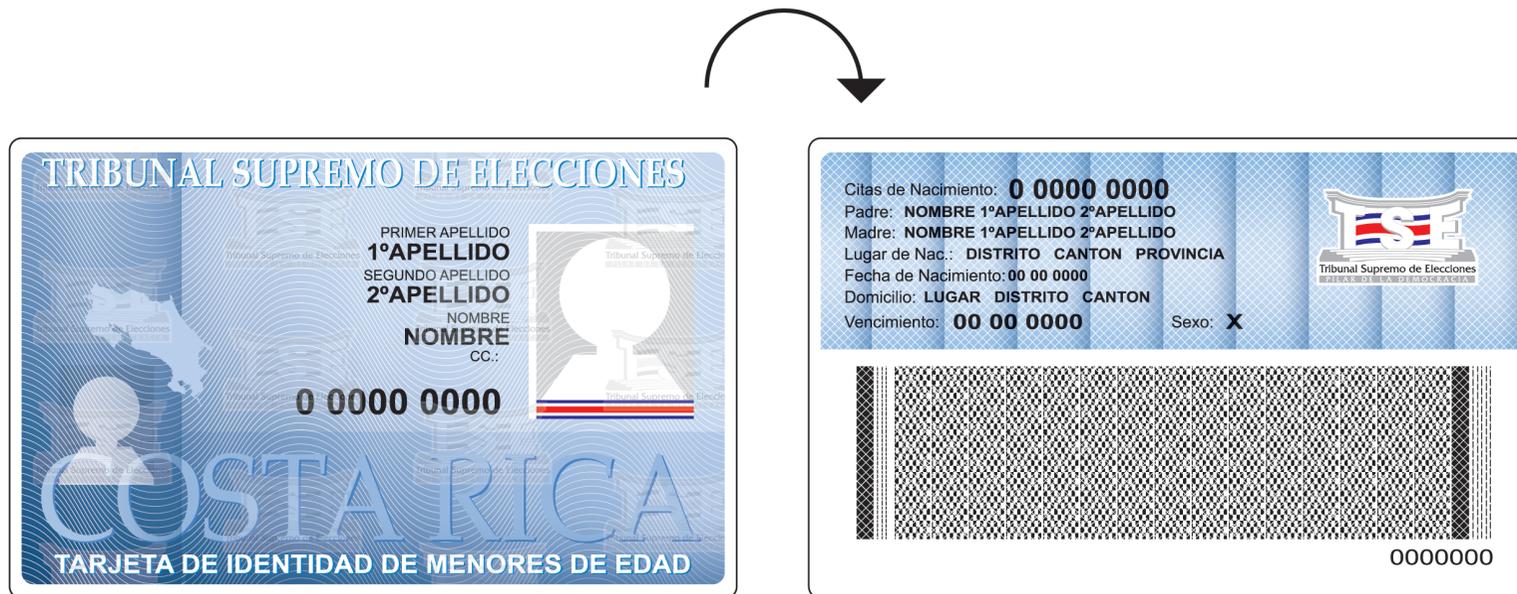
Caja Costarricense de Seguro Social	
TIPO DE ASEGURADO - CODIGO	
No. Asegurado: 0000000000	Válido hasta: 00/00/0000
Nombre: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO	
Nacimiento: 00/00/0000	Cód. Aseg.: 000
Clínica Adscripción: CLINICA - EBAIS	
A. D.: 00-0000-0000	Calificación:
NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO 1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Fecha Emisión 00/00/0000	Sello  Firma Autorizada

Deberá tramitar el carné de asegurado(a) en la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.



Cédula de identidad.

(original y fotocopia)



Tarjeta de Identificación de Menores de Edad (TIM).

(de 12 años a 18 años) (original y fotocopia)

*En caso de no contar con la TIM deberá presentar una constancia de nacimiento.



(original y fotocopia)

+
más

Resolución
de aprobación
de residencia



Dirección General de Migración y Extranjería

(original y fotocopia)

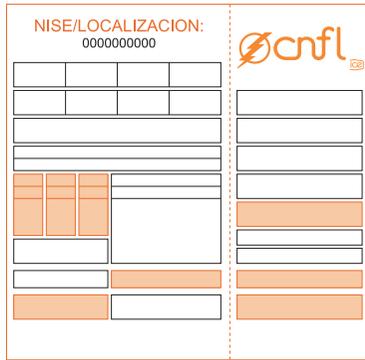
ó

Acreditación
de estancia legal
(permanencia regular)

(sólo para
categorías
especiales)

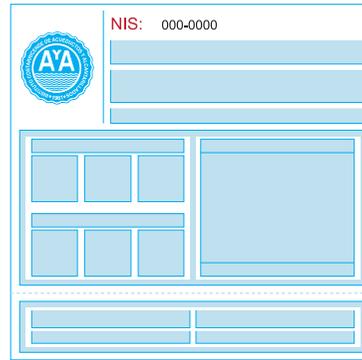
Se excluye la
modalidad turista

(original y fotocopia)



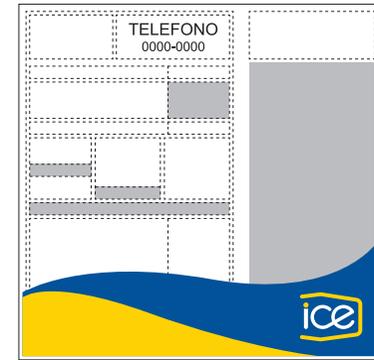
ELECTRICIDAD

ó



AGUA

ó

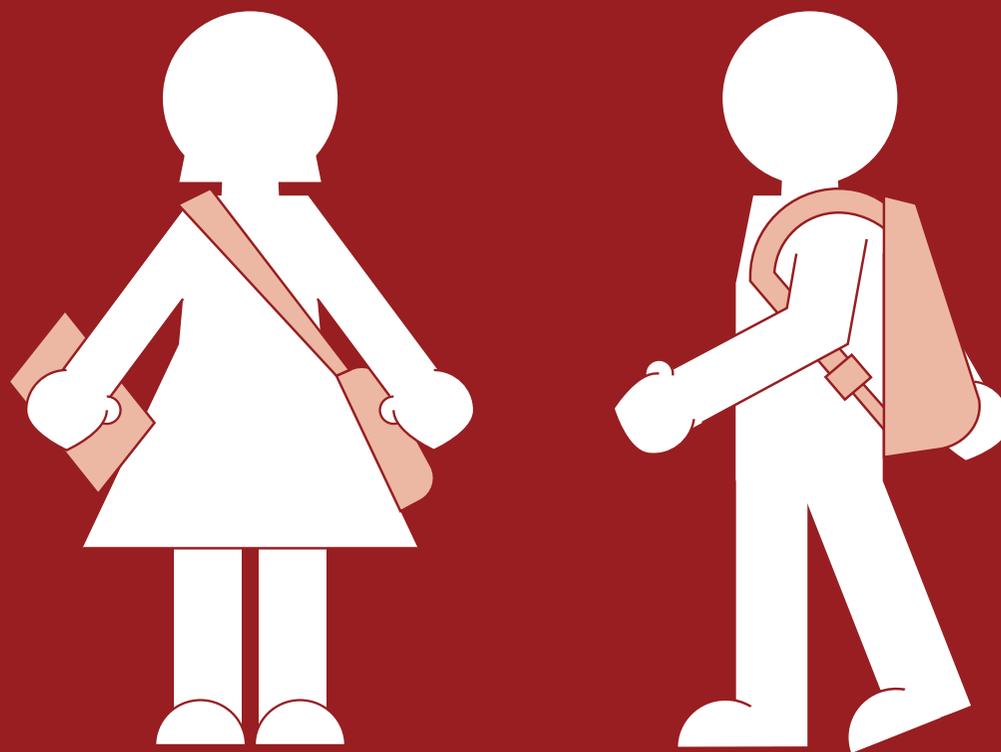


TELEFONÍA

Recibo de servicio público.

(tiene que aparecer la dirección de referencia) (original y fotocopia)

*Si renta el lugar donde vive (y el recibo está a nombre de otra persona), presente la copia del contrato de alquiler o recibos por dinero por el pago de la renta.

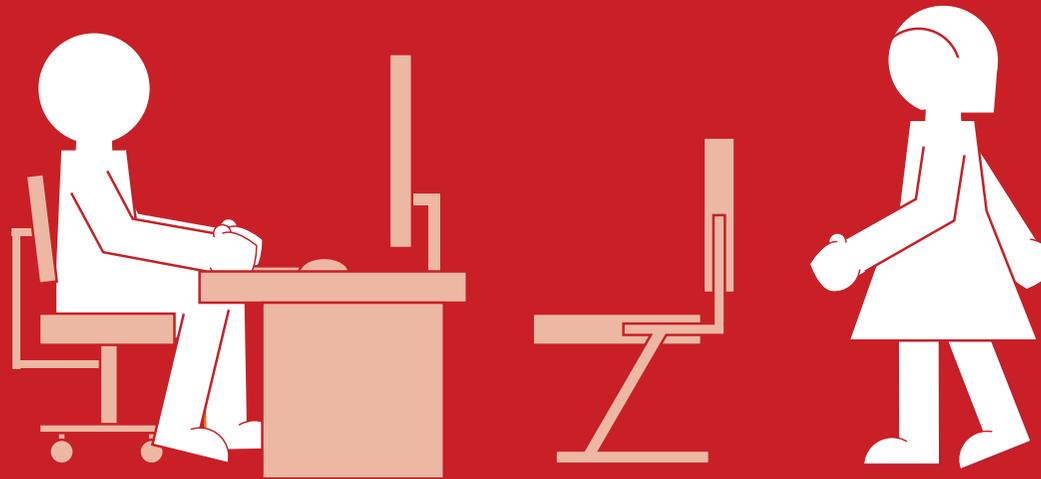


Sólo para estudiantes **activos(as)**:
Deberá presentar original del comprobante de matrícula
o la constancia emitida por el centro educativo.



Sólo para rentistas:
Deberá presentar original de la constancia
de ingresos por pensión o certificados a plazo.

PLATAFORMA



Deberá presentarse a la entrevista que hace el o la funcionario(a) del Área de Plataforma en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.

PLATAFORMA



Deberá firmar la declaración escrita que indica que la información dada es cierta, ante el o la funcionario(a) del Área de Plataforma en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.

CAJA



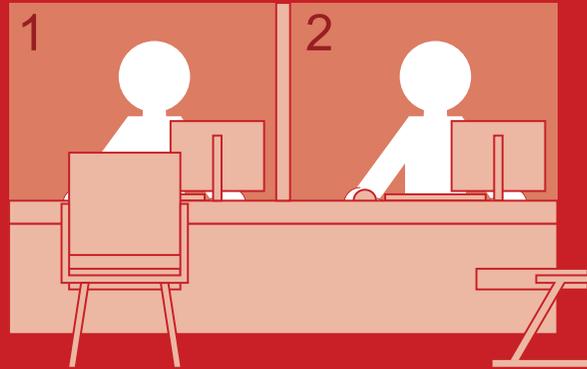
Conlleva un costo



Deberá hacer el pago de la inscripción como asegurado(a) en las oficinas centrales o en las sucursales de la CCSS.

*Los siguientes pagos se pueden hacer en la mayoría de bancos y en algunos supermercados del país.

UNIDAD DE AFILIACION



Caja Costarricense de Seguro Social	
TIPO DE ASEGURADO - CODIGO	
No. Asegurado: 0000000000	Válido hasta: 00/00/0000
Nombre: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO	
Nacimiento: 00/00/0000	Cód. Aseg.: 000
Clínica Adscripción: CLINICA - EBASIS	
A. D.: 00-0000-0000	Catificación:
NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO 1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Fecha Emisión: 00/00/0000	Sello  Firma Autorizada

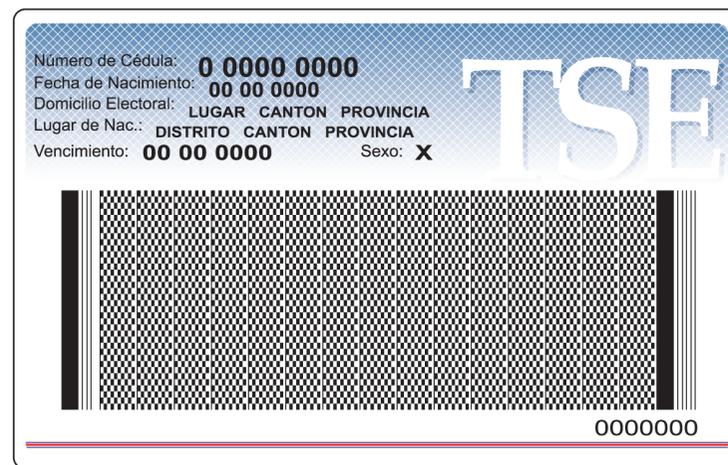
Deberá ir a inscribirse y tramitar el carné de asegurado(a) a la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.



En esta modalidad de aseguramiento se cotiza solamente para recibir los servicios de salud no incluye cobertura para pensión o jubilación.



Consulte también por beneficios para:
hermanos(as), personas discapacitadas,
menores de edad sin parentesco que están a cargo
del(a) asegurado(a) directo(a).



Cédula de identidad.

(original y fotocopia)



Tarjeta de Identificación de Menores de Edad (TIM).

(de 12 años a 18 años) (original y fotocopia)

*En caso de no contar con la TIM deberá presentar una constancia de nacimiento.



(original y fotocopia)

+

más

Resolución
de aprobación
de residencia



Dirección General de Migración y Extranjería

(original y fotocopia)

ó

Acreditación
de estancia legal
(permanencia regular)

(sólo para
categorías
especiales)

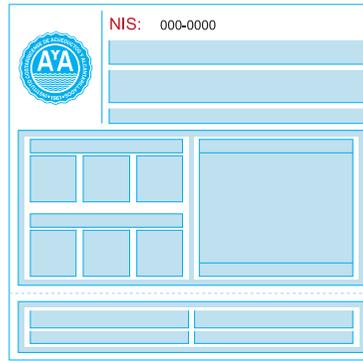
Se excluye la
modalidad turista

(original y fotocopia)



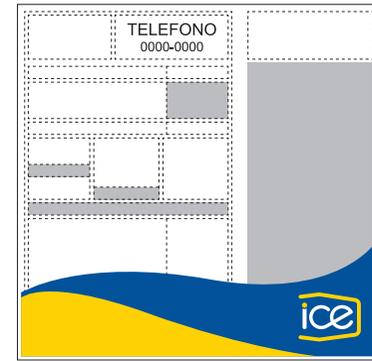
ELECTRICIDAD

ó



AGUA

ó



TELEFONÍA

Recibo de servicio público.

(tiene que aparecer la dirección de referencia) (original y fotocopia)

*Si renta el lugar donde vive (y el recibo está a nombre de otra persona), presente la copia del contrato de alquiler o recibos por dinero por el pago de la renta.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COMPROBACION DE DERECHOS ASEGURADO DIRECTO N°00000000

L.R.	Número Identificación	Apellidos y Nombre del Asegurado		Número Patronal Act.
0000	0-000000000	1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE		0-00000000000-000-000
Periodo	Salario Tras.	Anterior	Actual	Subsidio Diario
MES AÑO				
Cuota Seguro de Salud	Cuota Seguro de Pensiones	Cuota LPT	Total Cuotas	Válido Hasta
				MES AÑO

Avisos Importantes:
CONSULTE A SU PATRONO SI ESTA AL DIA CON LA CAJA. LA MORA EN APORTES DE LA LEY DE PROTECCION AL TRABAJADOR PODRIA AFECTAR EL MONTO A RECIBIR DEL FONDO DE CAPITALIZACION LABORAL

Afiliado FCL	Afiliado FCPO	Ocupación	Reportado como



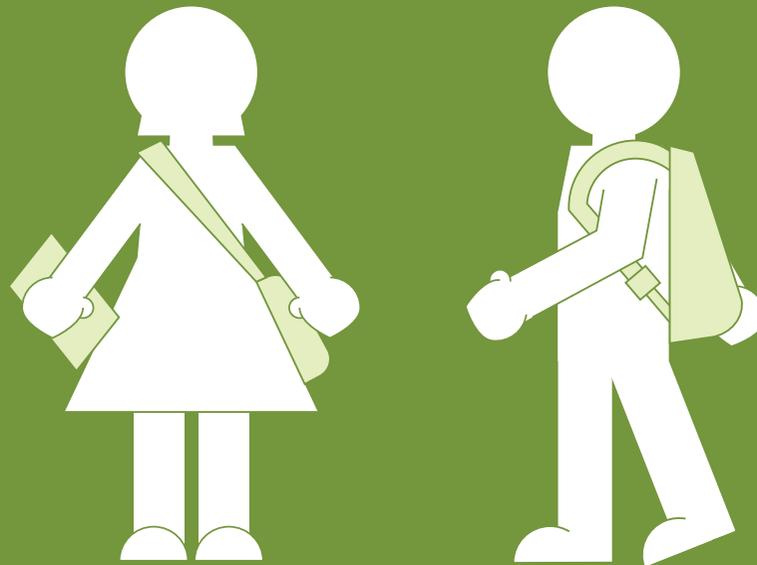
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COMPROBACION DE DERECHOS ASEGURADO DIRECTO N°00000000

Número Identificación	Número Patronal Act.
0-000000000	0-00000000000-000-000
Periodo	Salario Tras.
1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Periodo	Válido Hasta
MES AÑO	MES AÑO

Avisos Importantes:
CONSULTE A SU PATRONO SI ESTA AL DIA CON LA CAJA. LA MORA EN APORTES DE LA LEY DE PROTECCION AL TRABAJADOR PODRIA AFECTAR EL MONTO A RECIBIR DEL FONDO DE CAPITALIZACION LABORAL

Ocupación

Deberá presentar la orden patronal
ó
comprobante de pago de seguro voluntario
del(a) asegurado(a) directo(a).



Sólo para estudiantes **activos(as)**:

Deberá presentar original del comprobante de matrícula o la constancia emitida por el centro educativo.

De 18 años a 22 años:
Aplica para enseñanza media, técnica,
para-universitaria y universitaria.

De 22 años a 25 años:
Aplica para enseñanza para-universitaria
y universitaria.



Conlleva un costo



NACIMIENTO → HIJO(A)

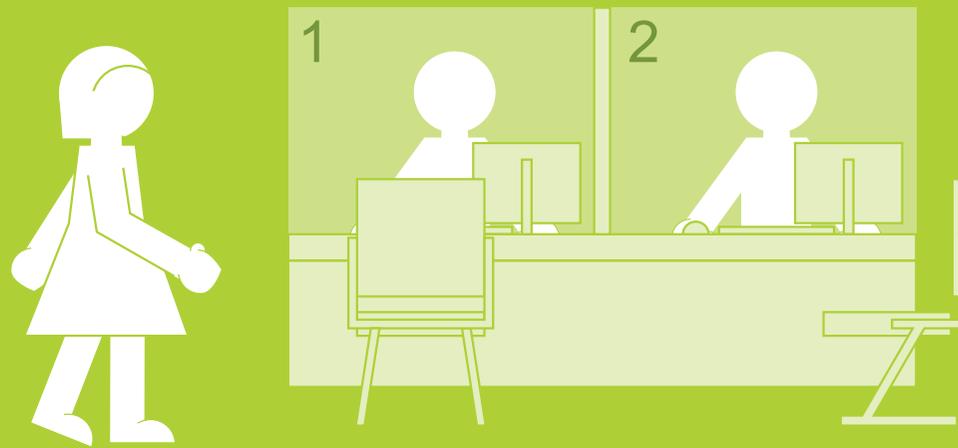


MATRIMONIO → CONYUGE

Deberá presentar costancia de parentesco emitida por el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE).

(menos de un mes de emitida) (sólo para residentes permanentes)

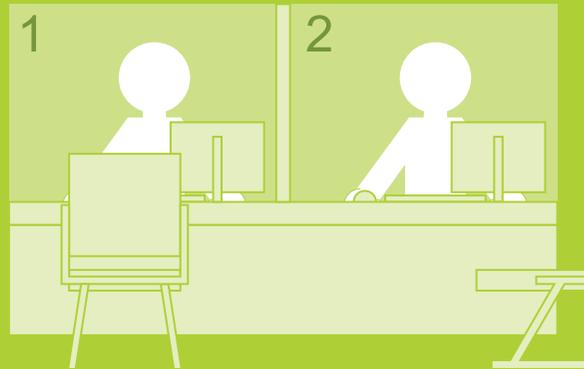
UNIDAD DE AFILIACION



Deberá presentar el formulario de calificación de derechos por beneficio familiar a la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.

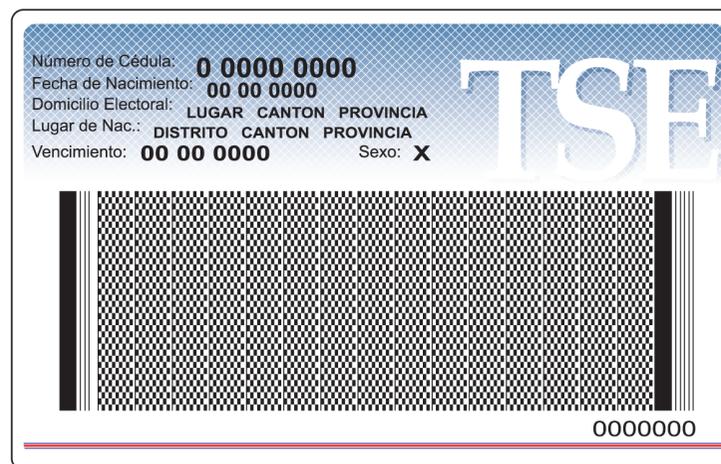
(completo)

UNIDAD DE AFILIACION



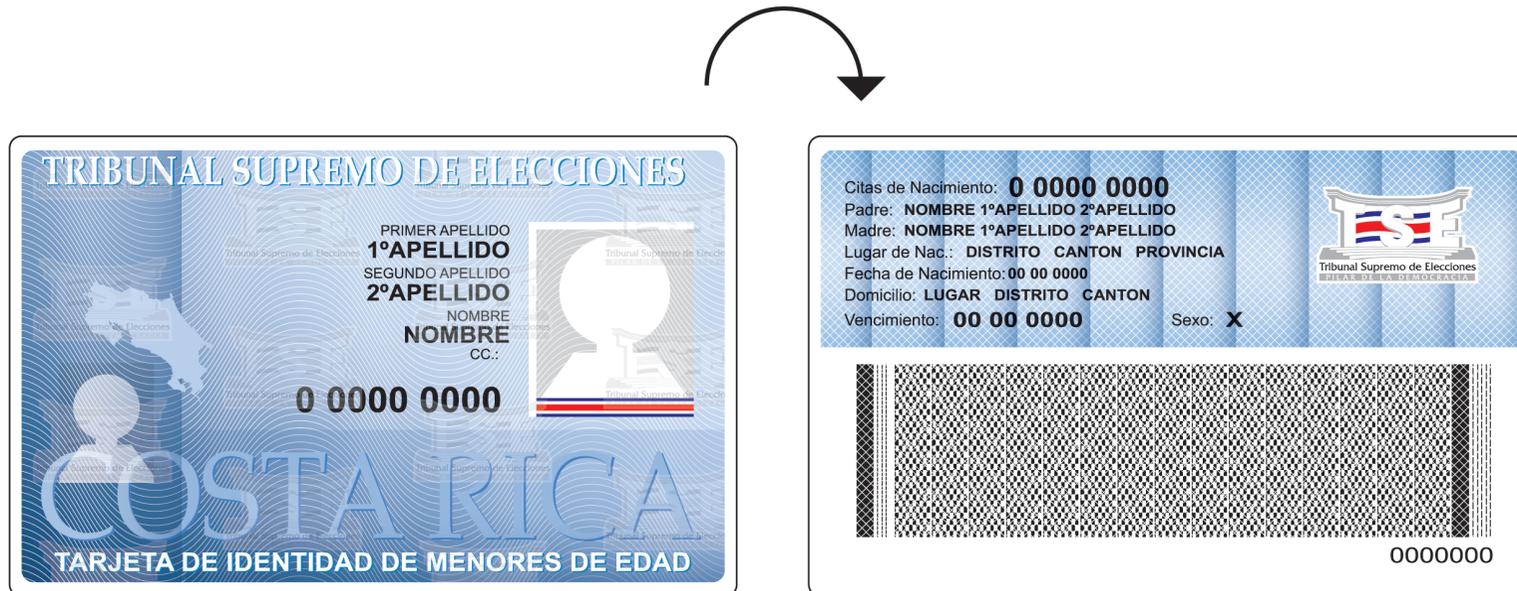
Caja Costarricense de Seguro Social	
TIPO DE ASEGURADO - CODIGO	
No. Asegurado: 0000000000	Válido hasta: 00/00/0000
Nombre: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO	
Nacimiento: 00/00/0000	Cód. Aseg.: 000
Clínica Adscripción: CLINICA - EBAIS	
A. D.: 00-0000-0000	Calificación:
NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO 1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Fecha Emisión 00/00/0000	Señal  Firma Autorizada

Deberá ir a inscribirse y tramitar el carné de asegurado(a) a la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.



Cédula de identidad.

(original y fotocopia)



Tarjeta de Identificación de Menores de Edad (TIM).

(de 12 años a 18 años) (original y fotocopia)

*En caso de no contar con la TIM deberá presentar una constancia de nacimiento.



(original y fotocopia)

+

más

Resolución
de aprobación
de residencia



Dirección General de Migración y Extranjería

(original y fotocopia)

ó

Acreditación
de estancia legal
(permanencia regular)

(sólo para
categorías
especiales)

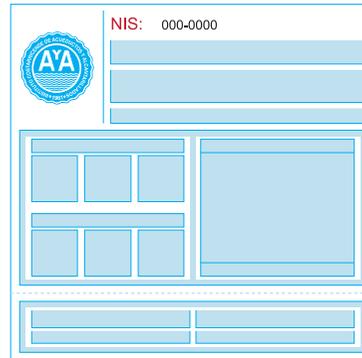
Se excluye la
modalidad turista

(original y fotocopia)



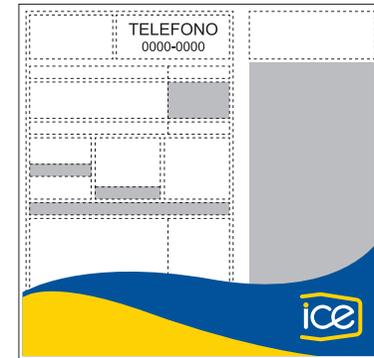
ELECTRICIDAD

ó



AGUA

ó



TELEFONÍA

Recibo de servicio público.

(tiene que aparecer la dirección de referencia) (original y fotocopia)

*Si renta el lugar donde vive (y el recibo está a nombre de otra persona), presente la copia del contrato de alquiler o recibos por dinero por el pago de la renta.



Conlleva un costo



NACIMIENTO → HIJO(A)



MATRIMONIO → CONYUGE

Deberá presentar costancia de parentesco emitida por el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE).

(menos de un mes de emitida) (sólo para residentes permanentes)


 REPUBLICA DE COSTA RICA
 MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
 DIRECCION GENERAL CONSULAR

CERTIFICADO DE:

NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	DIVORCIO	<input type="checkbox"/>
CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	SOLTERIA	<input type="checkbox"/>
PODERES	<input type="checkbox"/>	TITULOS	<input type="checkbox"/>
MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>	NOTAS	<input type="checkbox"/>
		VARIOS	<input type="checkbox"/>




CERTIFICA

CERTIFICA QUE:
 


00000000







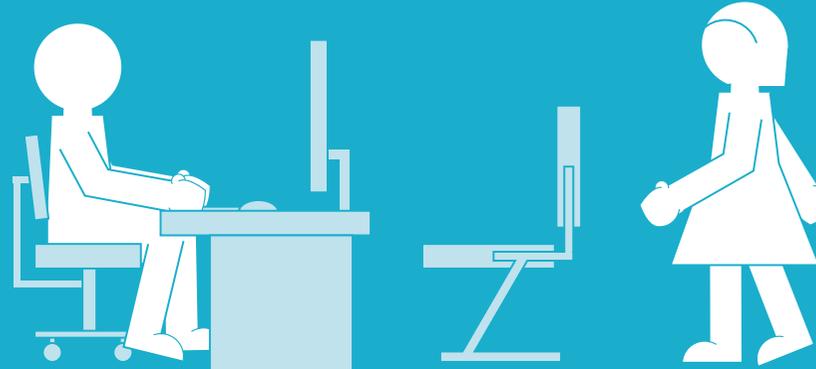

Conlleva un costo



Para las constancias emitidas en el exterior de países no suscritos a la Convención de la Apostilla:

Deben contar con la autenticación del Consulado de Costa Rica en el país en que se la dieron y deben ser aprobadas (refrendadas) por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (conocido como “Casa Amarilla”).

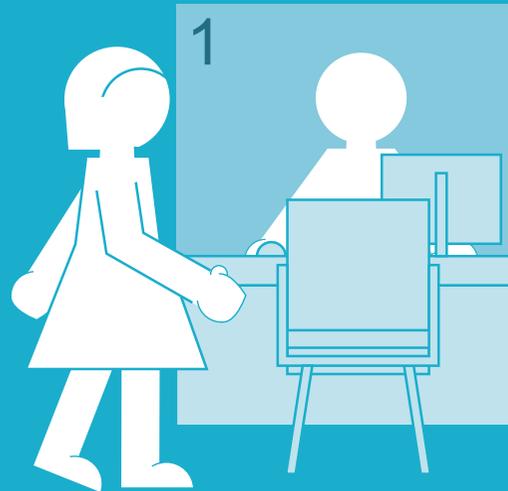
UNIDAD DE VALIDACION Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS



Deberá presentarse a una entrevista previa que hace el o la funcionario(a) de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos en el centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.

*Se realizará un estudio para determinar la aprobación de este tipo de aseguramiento.

UNIDAD DE AFILIACION



Caja Costarricense de Seguro Social	
TIPO DE ASEGURADO - CODIGO	
No. Asegurado: 0000000000	Valido hasta: 00/00/0000
Nombre: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO	
Nacimiento: 00/00/0000	Cód. Aseg.: 000
Clínica Adscripción: CLINICA - EBAIS	
A. D.: 00-0000-0000	Calificación:
NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO 1º APELLIDO 2º APELLIDO NOMBRE	
Fecha Emisión 00/00/0000	Sello  Firma Autorizada

Deberá tramitar el carné de asegurado(a) en la Unidad de Afiliación del centro de salud (clínica o Ebais) según le corresponda.

a) Cantidad de participantes:

- 5 personas o más.

b) Tipos de cartas:

TIPOS DE ASEGURAMIENTO				
1	2	3	4	5
ASALARIADO(A)	INDEPENDIENTE	VOLUNTARIO(A)	POR BENEFICIO FAMILIAR	POR EL ESTADO
				
ICONOGRAFÍA AL REVERSO				
TRÁMITES				
				
DOCUMENTOS				
				

c) Objetivo:

Repasar los trámites que hay que hacer y los documentos que hay que presentar para cada acceder a los diferentes tipos de seguro.

d.1) Preparación:

1) Haga dos grupos de cartas: uno con las que tienen el signo “+” y otro con las que tienen el signo “o”.

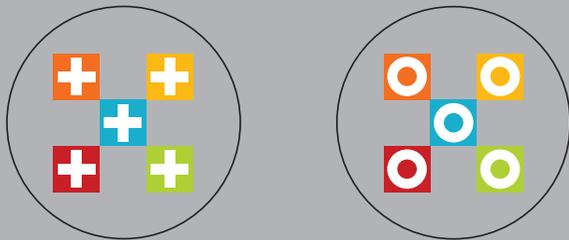


d.2) Preparación:

- 2) Divida a los(as) participantes en dos grupos.
-

e) Desarrollo:

- 1) Reparta las cartas “+” a los(as) participantes de un grupo y las cartas “o” a los(as) participantes del otro.



NOTA: Usted puede decidir dejarse una carta al azar de cada color para que, posteriormente, los(as) participantes puedan ubicar qué trámite o documento les hace falta completar.

- 2) Indique a los(as) participantes que deben intercambiar las cartas en cada uno de sus grupos, de manera que, cada persona quede con cartas de un solo color.



3) Indique a los(as) participantes que deben agruparse ahora según colores, con los(as) participantes de ambos grupos.



4) Indique a los(as) participantes que, en conjunto con su grupo, deben colocar las cartas en el orden en que estos se deben hacer para solicitar el tipo de aseguramiento que les correspondió y discutir al respecto. Apoye esta tarea, si los(as) participantes lo solicitan.

5) Cada grupo deberá expresar a través de charadas (señas, sin hablar) el tipo de aseguramiento que les tocó. Los demás grupos deberán adivinar.

6) Cada grupo deberá exponer y explicar los pasos que conlleva el trámite que le correspondió y señalar en qué espacio va el documento o trámite que hace falta, si se decidió omitir una carta de cada color.

NOTA: El o la facilitador(a) debe adaptar la dinámica a las particularidades del grupo, por ejemplo: jóvenes, personas rurales, no alfabetizados, etc.