Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley Nº16.744 y emisión de cartas de cobranza

1. Prestaciones a ser reembolsadas

Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de una presunta enfermedad profesional o accidente del trabajo y de las prestaciones médicas necesarias que se hubieren entregado hasta la fecha en que se haya procedido a la respectiva calificación.

Por ejemplo, tratándose de accidentes, los organismos administradores podrán incluir entre las prestaciones a reembolsar, aquéllas de carácter médico que haya sido necesario otorgar dentro del plazo de calificación.

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley Nº16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

a) Estudios de puestos de trabajo;

b) Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744;

c) Exámenes ocupacionales;

d) Reuniones o juntas médicas, y

e) Actividades de prevención de riesgos profesionales.

Tratándose de los trabajadores independientes que ejerzan el derecho a efectuar cotizaciones progresivas para pensiones y para el sistema de salud común, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, el organismo administrador deberá cobrar a la entidad del sistema de salud común que corresponda, el 100% del valor de las prestaciones indicadas en el primer y segundo párrafo de este número 1, sin perjuicio de la facultad de dicha entidad del sistema de salud común, en orden a cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, conforme a lo señalado en el número 3 siguiente.

2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda reembolsar, se deberá expresar en Unidades de Fomento, según el valor de éstas al momento en que los beneficios se concedieron.

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley Nº18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para estos efectos, corresponde utilizar la tasa de interés corriente vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta o derivación.

3. Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó, deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si el accidente o la enfermedad es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley Nº16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor que señala el numeral siguiente.

4. Del valor de las prestaciones médicas

El valor de las prestaciones médicas que se hubieren concedido, deberá ser considerado conforme al que cobra por ellas la entidad que las otorgó, al proporcionarlas a particulares.

5. Cartas de cobranza

Las cartas de cobranza (denominadas también solicitudes de reembolsos), deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

a) Un informe reservado con la especificación de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;

b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio;

c) Copia de la licencia médica o de la orden de reposo;

d) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán remitir, además, copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

   Por su parte, la entidad del sistema de salud común deberá remitir el Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, si no lo hubiese remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza, y

e) Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que, se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro devolverlas y comunicar a la solicitante del reembolso que por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes, los que no pueden ser otros a los ya señalados precedentemente.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis, podrán encontrarse en estado de revisión preliminar, en análisis, pagadas, rechazadas o devueltas, judicializadas o en estado de reclamo:

a) El estado de revisión preliminar de las cartas o solicitudes de reembolso corresponde al check list o listado de verificación de los documentos mínimos que se deben acompañar a una carta de cobranza, según lo ya indicado en este Título, sin el análisis de fondo de la información en ellos contenida;

b) El estado en análisis corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso que están siendo analizadas en su contenido de fondo o bien que con anterioridad fueron rechazadas o devueltas y que previa corrección o entrega de los antecedentes faltantes, se encuentran en análisis para su pago;

c) El estado devuelta corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso en que la respectiva entidad que recibe la carta o solicitud de reembolso, detecta que no se acompañan la totalidad de los documentos que exige la normativa vigente en el período de revisión preliminar o bien en el periodo de análisis, antes indicado, los devuelve para ser completados por la entidad que solicita el reembolso. En tal caso, la entidad requerida de cobro, al devolver la carta de cobranza, debe indicar al solicitante siempre cual es el documento o la información faltante para concretar el pago;

d) El estado de pagada corresponde a aquel en que se concreta el pago del reembolso;

e) El estado rechazada corresponde a una negativa del pago derivada de errores en los antecedentes entregados, por ejemplo: número de rut del trabajador, trabajador no era cotizante en la institución al momento de la enfermedad o accidente, cobranza duplicada, montos cobrados que ya fueron pagados, o se niega el pago por la existencia de una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que determina un origen distinto al accidente o enfermedad, reclamo o recurso pendiente, entre otros;

f) El estado judicializada, corresponde a cartas de cobranza con juicio pendiente, y

g) El estado reclamo ante Superintendencia de Seguridad Social, corresponde a cartas de cobranza cuya discusión del origen común o laboral se encuentra se encuentra con reclamo sin resolver por parte de este Organismo.

Las actividades que involucran cada uno de los estados de la carta de cobranza, con excepción de los indicados en las letras f) y g) precedentes, deberán ser ejecutadas dentro del plazo de 10 días que tiene la entidad para concretar el reembolso y que se

encuentra establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744. El citado plazo se entiende de días hábiles y deberá ser contabilizado desde la fecha de recepción o reingreso de la solicitud de reembolso.

Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente.

A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud y a la COMPIN o Subcomisión que corresponda al domicilio del empleador. Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las entidades del sistema de salud común el reembolso de las prestaciones, resulta necesario señalar que el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga dicho derecho, de lo que se infiere que éste puede ser requerido conforme al plazo de prescripción general de cinco años, establecido por el artículo 2515 del Código Civil. En estos casos, dicho plazo deberá contarse desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.

Al efectuar los reembolsos por aplicación del citado artículo 77 bis, las entidades del sistema de salud común deberán tener en consideración las diferencias que existen en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en la salud común, esto es:

a) La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste;

b) Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso;

c) Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la Letra E, del Título II del Libro VI, y

d) Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado el tiempo completo. Lo anterior, salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.

6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una Caja de Compensación de Asignación Familiar

Cuando los organismos administradores o administradores delegados, actuando como segundo organismo interviniente, hayan reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social y la reclamación haya sido acogida, podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los subsidios y cotizaciones pagados a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, cuando acoja el reclamo del organismo administrador y resuelva que la patología es de origen común, comunicará a la COMPIN mediante oficio, que debe proceder a autorizar como tipo 1 la o las licencias médicas reclamadas, las que se identificarán con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo autorizados. Copia del oficio que se envíe a la COMPIN, se enviará al organismo administrador reclamante.

Una vez recibida la copia del oficio en que la Superintendencia instruye a la COMPIN que autorice la licencia médica como tipo 1 y atendido que la referida Superintendencia resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso los reclamos presentados en virtud del artículo 77 bis, el organismo administrador podrá enviar la solicitud de reembolso a la respectiva CCAF, adjuntando como respaldo a su solicitud, una copia del referido oficio y la licencia médica original, para que la CCAF la envíe a la COMPIN y esta pueda redictaminarla aprobándola como tipo 1.

Además, para efectos de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados por concepto de subsidios, de acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, en el Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, del Libro VI.

La CCAF deberá tener presente que existen algunas diferencias en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en el sistema de salud común, las que se señalan en el número 5 de esta Letra

D. Considerando lo señalado, las CCAF deberán reintegrar íntegramente el monto del subsidio pagado por los organismos administradores o administradores delegados y rendirlos al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

La COMPIN por su parte deberá dar cumplimiento al dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social y autorizar la licencia médica como tipo 1, dejando clara constancia de que se trata de un redictamen en la zona B del formulario de licencia, precisando la fecha del redictamen y el nombre, timbre y firma del médico que autoriza. La licencia médica autorizada deberá ser enviada a la Caja de Compensación que inicialmente la gestionó.

La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores o administradores delegados para solicitar a las CCAF el referido reembolso, se debe tener presente el plazo señalado en el número 5 de esta Letra, el que debe contarse desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.

7. Plazo para efectuar el reembolso

Si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (Servicio de Salud, ISL, COMPIN, mutualidad, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a 10 días, el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta. La entidad obligada al reembolso deberá efectuarlo conforme a lo señalado en el número 2 anterior y considerando el valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciere en el plazo indicado, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

El plazo de 10 días se contará desde la fecha del requerimiento con los antecedentes de respaldo detallados en el número 5 de esta Letra. El organismo requerido no estará obligado al reembolso si no cuenta con todos los antecedentes que respaldan el cobro solicitado.

En el caso de las CCAF el interés por pagos fuera del plazo establecido, se rendirá al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, conjuntamente con la rendición del respectivo subsidio.