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

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.