

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

/ LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES / TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744 / E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 / 1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

## 1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a la Superintendencia de Seguridad Social determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis.

Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- a) Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido.
- b) Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- c) Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- a) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el organismo administrador o administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste- la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a su copago, y
- b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador o administrador delegado de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

No procede formular cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D, de este Título IV.

Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en el número 5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado, individualizando siempre el documento faltante el que solo puede ser de aquellos exigidos en la normativa vigente establecida en el número 5, Letra D de este Título IV.

Las acciones de cobro por el 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 del organismo administrador o administrador delegado, según corresponda 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 y administradores delegados 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.