

	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MINISTERIO DE SALUD MANUAL PRÁCTICO DE BENEFICIOS DEL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Versión 1.0
		Fecha de emisión: Marzo de 2021
		Fecha de Vigencia: Marzo de 2026

MANUAL PRÁCTICO DE BENEFICIOS DEL SERVICIO DE BIENESTAR

DESARROLLADO POR	REVISADO POR	VISADO POR	APROBADO POR
 MIGUEL CASTILLO MARÍN Secretario Consejo Administrativo de Bienestar y Jefatura Regional Servicio de Salud Coquimbo	 PATRICIO CORTÉS PARRA Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas Servicio de Salud Coquimbo	 NICOLÁS ANTICEVIC ANGULO Jefe Departamento Asesoría Jurídica Servicio de Salud Coquimbo	 EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA Director (S) Presidente Consejo Administrativo de Bienestar Servicio de Salud Coquimbo

INTRODUCCIÓN

El presente Manual, tiene por objeto informar a los afiliados del Servicio de Bienestar del Servicio De Salud Coquimbo, sobre la forma de hacer efectivo el cobro de sus beneficios médicos, subsidios, préstamos y acceder a las actividades facultativas que dispone el Consejo Administrativo de Bienestar. Cabe señalar, que cada uno de dichos beneficios cuenta con una reglamentación específica, por lo tanto, es necesario disponer este Manual para conocimiento y aplicación en cada uno de los establecimientos de la red y por parte de cada uno de los afiliados.

RED DEL SERVICIO DE BIENESTAR

SERVICIO DE BIENESTAR REGIONAL EN DIRECCIÓN DE SERVICIO			
NOMBRE	CARGO	CORREO	ANEXO
Miguel Castillo Marín	Jefe Regional	miguel.castillom@redsalud.gov.cl	513830
Carolina Muñoz Cárcamo	Asistente Social	carolina.munozc@redsalud.gov.cl	513831
Gustavo Cortés Muñoz	Contador	gustavo.cortes@redsalud.gov.cl	513749
Paulina Pizarro González	Analista de Beneficios	paulina.pizarro@redsalud.gov.cl	513749
Ruth Navea Saavedra	Administrativa	ruth.navea@redsalud.gov.cl	513832
Carolina Palacios Muñoz	Auxiliar de Servicio, Casa de Huéspedes	carolina.palacios.cgbo@gmail.com	+56944467389 Contacto C. de Huéspedes.
Teléfono Celular con Wahtsapp del Servicio del Bienestar			+56989216689

SERVICIO DE BIENESTAR EN ESTABLECIMIENTOS DE LA REGION DE COQUIMBO			
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	CORREO	ANEXO
	Ana Riquelme Peña (A.S.)	anita.riquelme@redsalud.gov.cl	513270

H. de La Serena	Viviana Pérez Campusano (A.D.)	secbienestar.hls@redsalud.gov.cl	513269
H. de Coquimbo	Paola Romero Alvarado (A.S.)	paola.romero@redsalud.gov.cl	616425
	Meibol Alvarado Ramírez (A.D.)	meibol.alvarado@redsalud.gov.cl	516415
H. de Ovalle	Victoria Díaz Araya (A.S.)	victoria.diaz@redsalud.gov.cl	531066
	Elizabeth Payero Cuello (A.D.)	elizabeth.payero@redsalud.gov.cl	531446
H. de Illapel	Karla Díaz Rojas (A.S.)	karla.diaz@redsalud.gov.cl	533764
	Priscilla Bugueño Guerra (A.D.)	priscila.bugueno@redsalud.gov.cl	533762
H. de Vicuña	Silvana Yaeger Zapata (A.S.)	silvana.yaeger@redsalud.gov.cl	513143
H. de Andacollo	Elizabeth Ochoa Cortes (A.S.)	elizabeth.ochoa@redsalud.gov.cl	511089
H. de Combarbalá	Pilar Ugalde Carvajal (A.S.)	pilar.ugalde@redsalud.gov.cl	533525
H. de Los Vilos	Christian Gross Hidalgo (A.S.)	christian.gross@redsalud.gov.cl	533732
H. de Salamanca	Pamela Gallardo García (A.S.)	pamelaa.gallardo@redsalud.gov.cl	533589
	María Angélica Quiroga (A.D.)	mariangelica.quiroga@redsalud.gov.cl	532343
SAMU Regional	Lorena Huerta Pérez	administrativo.samu@redsalud.gov.cl	513708
	Ximena Aravena Rodríguez Administrativas	cometidos.samu@redsalud.gov.cl	513727

REQUISITOS GENERALES PARA ACCEDER A LAS PRESTACIONES DEL SERVICIO DE BIENESTAR

La Adscripción al Servicio de Bienestar es voluntaria, sin embargo, una vez adscrito a dicho Servicio, el afiliado debe atenerse a las disposiciones contenidas en:

- El Reglamento general y particular del Servicio de Bienestar.
 - El manual de procedimientos y funciones del Servicio de Bienestar acápíte “aspectos normativos”.
 - Los elementos y requisitos presentes en el actual documento.
 - Las disposiciones normativas que permanentemente está actualizando la SUSESO en su rol fiscalizador y que se manifiestan a través de dictámenes y circulares que aplican a todos los Servicios de Bienestar Públicos.
 - Las determinaciones del Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar.
- El control de los descuentos en las respectivas colillas de remuneraciones es de exclusiva responsabilidad del/la afiliado/a, por lo tanto, debe mantenerse atento a la revisión de sus descuentos, los cuales puede consultar mensualmente a través de la herramienta de Auto consulta de SIRH dispuesta por el MINSAL. Como la carga y gestión de los descuentos mensuales no depende del Servicio de Bienestar, encontrándose radicada su responsabilidad en las Unidades de Remuneraciones, cualquier contratiempo en este ámbito debe ser subsanado en dicha Unidad y comunicada a Bienestar para tomar los recaudos del caso.
 - El mal uso de cualquier beneficio o subsidio, al presentar documentos falsos o en los que se actué con dolo de manera comprobada, se aplicarán las siguientes medidas:
 - Presentación del caso al Consejo Administrativo de Bienestar.
 - Instrucción del proceso administrativo respectivo (sumario o investigación sumaria).
 - Expulsión del Servicio de Bienestar.
 - Restitución total de los valores pagados y sus respectivos intereses, vía cobro descuentos de terceros, aplicados a la remuneración mensual hasta el tope máximo del 15% de endeudamiento, hasta lograr el cobro total de los recursos concedidos.
 - Para el reembolso de beneficios médicos, subsidios y préstamos, el Servicio de Bienestar ha dispuesto formularios que permiten formalizar la solicitud. Dichos

documentos se encuentran disponibles en las respectivas Unidades de Bienestar Locales.

- Cada año el Consejo Administrativo de Bienestar define una “Tabla de Beneficios” que rige los valores factibles de conceder por parte del Servicio de Bienestar. Es deber del afiliado/a informarse al inicio de cada año respecto de los valores que contiene dicha tabla.
- Como norma general, en todos los casos se requiere presentar **documentos originales sin enmiendas, correcciones, manchas, ni decoloraciones de tinta que impidan visualizar correctamente su contenido.**
- Los documentos deben ser explícitos en todos los datos necesarios para ser correctamente clasificados en los ítems presupuestarios con los que cuenta el Servicio de Bienestar. Por ejemplo, bonos o boletas que sólo contengan codificación de prestaciones, no podrán ser bonificados, porque el bienestar no maneja las codificaciones que las instituciones de salud, seguros, ISAPRES, etc., internamente han desarrollado para la gestión de sus cobros.
- Es preciso señalar el Servicio de Bienestar, puede auditar cualquier documento que reciba, y si lo estima necesario, contactar tanto al/la afiliado/a como al emisor del documento, para resolver dudas u aprensiones sobre su veracidad, legalidad u origen.
- Según reiterados dictámenes e instrucciones emitidas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), el Servicio de Bienestar no puede reembolsar ninguna prestación que sea preventiva o estética, en consecuencia, sólo se reembolsarán prestaciones que tenga el carácter de curativo o de mantención de la salud en patologías crónicas, esto con el objetivo de cautelar la viabilidad presupuestaria del Servicio de Bienestar.
- En todos los casos los afiliados de ISAPRE o que tienen seguros de salud contratados de manera particular, deben reembolsar **en PRIMERA INSTANCIA en dichas instituciones.** El servicio de Bienestar es el **último recurso** al que debe acudir para el reembolso de sus beneficios.
- Si alguna prestación no es reembolsable dentro del plan de ISAPRE o seguro complementario contratado, la documentación debe traer el timbre de “no reembolsable” o adjunto el correo electrónico donde le comunican que la prestación no es afecta a reembolso y como última posibilidad podría adjuntar la copia del plan de ISAPRE donde la prestación se indica que no tiene cobertura.

- Nunca una boleta de honorarios puede traer retención de impuestos, ya que esa acción convierte al receptor de la boleta en el empleador del facultativo o profesional que la emite. Las boletas de honorarios deben emitirse por el facultativo y profesional con su monto total y final.
- Todos los beneficios de atención médica consideran un tope anual el cual rige para el grupo familiar, compartiéndose los reembolsos entre el afiliado y sus cargas familiares (si las hubiera).
- Existen 6 beneficios de atención médica que además consideran topes por acción. Es deber del afiliado informarse en la tabla de beneficios anual, cual es el tope por acción que se ha fijado para el año en curso.
- A contar del presente documento, los exámenes en cualquiera de sus ítems, deben acompañarse de la respectiva orden médica en fotocopia u original. Existen excepciones al respecto, las cuales ocurren cuando el examen se realiza en el contexto de una consulta o tratamiento médico y lo realiza el mismo profesional tratante para apoyar su diagnóstico.
- Respecto de los tiempos de reembolso, no es factible predefinir *a priori* cuánto tiempo tardará la gestión del pago, puesto que las cargas laborales (especialmente desde marzo a mayo y fin de año) son disímiles a lo largo del año y en ocasiones, ya sea por carga laboral o presupuestaria, un pago puede tardar más de la habitual.
- Para aquellos bonos FONASA que son emitidos a nombre de la carga (porque dicha carga estuvo trabajando en el algún momento y luego volvió a serlo) se debe requerir en sucursal FONASA un certificado de reconocimiento de carga vigente o en unidades de personal, el certificado SIAGF de reconocimiento de carga de la institución, el cual debe adjuntarse para que no sea rechazado el pago.
- En hospitales de baja complejidad las asistentes sociales no tienen dedicación exclusiva al Servicio de Bienestar, por lo tanto, tienen la facultad para organizar su horario de atención. Se solicita a los/as afiliados/as informarse al respecto y respetar en todo momento el horario definido para su atención.
- Cada afiliado/a debe internalizar que los topes anuales indicados en la tabla de beneficios son valores **posibles** de reembolsar, siempre y cuando se disponga del presupuesto a nivel regional y no constituyen un derecho o cuenta corriente personal ni por establecimientos. Al respecto, debe recordarse que el principio que inspira al Servicio de Bienestar es la “solidaridad entre todos/as sus afiliados/as”.

1.0.- REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REEMBOLSOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ODONTOLÓGICA

El Servicio de Bienestar otorgará beneficios médicos y odontológicos a sus afiliados/as y cargas familiares tanto de FONASA como ISAPRE, desde el primer mes en que se descuenta su cotización y en la medida que su presupuesto anual lo permita. Para solicitar estos beneficios, el/la afiliado/a deberá entregar los documentos que avalen la prestación realizada con sus gastos respectivos.

Anualmente el Consejo Administrativo, aprobará los montos para cada ítem de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

El plazo máximo, para presentar la documentación de respaldo de estos beneficios es de 6 meses contados desde el hecho constitutivo de la causal que se invoque para solicitarlos.

1.1 Consultas Médicas: Considera exclusivamente aquella atención que brinda un facultativo con título de médico cirujano o que cuenta con su respectiva especialidad médica.

Consideran tope por acción, el cual se reajusta anualmente, tanto en el tope por acción como en el tope anual (consultar tabla de beneficios anual para conocer los valores). Para su reembolso debe presentar:

- Bono FONASA copia original firmado por el afiliado/a.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la boleta emitida por la consulta o el profesional (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Los Bonos de Fonasa comprados en Sencillito y Caja Vecina si son reembolsables. Se debe presentar el voucher original donde se identifican los datos del afiliado/a y el prestador (no el comprobante de compra).
- Para afiliados/as FONASA que se atienden de manera particular se requiere la presentación de la boleta de honorarios emitido por el facultativo, teniendo especial cuidado en que dicha boleta NO consigne la retención del 10% de impuesto, indicando sólo el monto total efectivamente pagado.
- Boleta o factura de la clínica, centro médico o sociedades cuyo nombre es genérico, la boleta debe contener un timbre con el nombre del médico que prestó el servicio.

- Cabe señalar que no se reembolsará ningún tipo de boleta emitida como “consulta médica” por cualquier otro profesional de la salud.
- No se reembolsará ningún tipo de boleta emitida como “consulta médica domiciliaria”, puesto que el Servicio de Bienestar no considera ese ítem en su Reglamento Particular de Bienestar, contenido en el Decreto 25/2020.

1.2 Intervención Quirúrgica: Se refiere a aquellas atenciones relativas a un proceso médico invasivo que requiere la presencia de pabellón, anestesia y un programa médico. El valor a pago se considera como tope anual y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Bono PAD FONASA copia original firmado por el prestador y el/la afiliado/a.
- Bono PAD ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la/s boleta (s) emitida por el profesional (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original) y o establecimiento de salud.
- En caso que sea factible contar con un detalle de las prestaciones recibidas, nos permitirá clasificar de mejor manera los valores asociados a insumos, día cama, medicamentos, procedimientos, etc., clasificándose de esa forma los valores pagados, apelando a reembolsar el máximo de las prestaciones recibidas y pagadas por el afiliado. Se debe añadir al detalle factura o boleta en caso de atenciones particulares no bonificadas.
- Bono o boletas de honorarios emitidos por arsenalera y anestesista (cuando las hubiere).

1.3 Exámenes de Laboratorio: Comprende a los exámenes que implican una toma de muestras en un laboratorio clínico. Para su reembolso debe presentar:

- Orden Médica que indica los exámenes que debe realizarse (fotocopia u original). Sólo se reembolsarán aquellos que estén indicados por un médico. También se reembolsarán, si están en el detalle valorizado y pagado de un programa quirúrgico o de hospitalización, ya que se entiende forman parte del proceso de atención.
- Bono FONASA copia original firmado por el/la afiliado/a.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la boleta emitida por el laboratorio (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Algunos exámenes de laboratorio no tienen codificación FONASA, por lo tanto, no están cubiertos por dicha institución al igual que en ISAPRES. El servicio de

Bienestar los reembolsa como atención particular y en el caso de la ISAPRE debe traer el timbre de no reembolsable a un correo que así lo indique.

1.4 Exámenes de Rayos: Comprende los exámenes que implican la toma de una imagen con técnica de rayos x en un centro de imagenología. Para su reembolso debe presentar:

- Bono FONASA copia original firmado por el/la afiliado/a.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la boleta emitida por el centro de imagenología (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Algunos exámenes de rayos x no tienen codificación FONASA, por lo tanto, no están cubiertos por dicha institución al igual que en ISAPRES. El servicio de Bienestar los reembolsa como atención particular y en el caso de la ISAPRE debe traer el timbre de no reembolsable a un correo que así lo indique.

1.5 Exámenes Especializados: Comprende a los exámenes que implican la toma de una imagen del tipo tomografía, ecografía, resonancia magnética, nuclear etc., en un centro de imagenología especializado. Para su reembolso debe presentar:

- Bono FONASA copia original firmado por el/la afiliado/a.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la boleta emitida por el centro de imagenología (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Algunos exámenes especializados no tienen codificación FONASA, por lo tanto, no están cubiertos por dicha institución al igual que en ISAPRES. El servicio de Bienestar los reembolsa como atención particular y en el caso de la ISAPRE debe traer el timbre de no reembolsable a un correo que así lo indique.

1.6 Exámenes Histopatológicos: Comprende a los exámenes que implican la toma de una muestra a fin de observar el tipo de células presente en la muestra y sus posibles mutaciones. Tradicionalmente se denominan como biopsias, pero también el PAP se clasifica en este ítem. Para su reembolso debe presentar:

- Orden Médica que indica los exámenes que debe realizarse. Sólo se reembolsarán aquellos que estén indicados por un médico. También se reembolsarán si están en el detalle un programa quirúrgico o de hospitalización, ya que se entiende forman parte del proceso de atención.

- Bono FONASA copia original firmado por el prestador y el afiliado/a.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la boleta emitida por el centro de imagenología (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).

1.7 Hospitalización: Aquellas atenciones relativas a un proceso médico que requiere la internación del/la afiliado/a en un hospital o clínica, tradicionalmente conocido como “día cama”.

En dichas circunstancias y en los detalles de la cuenta se aprecia en ocasiones el cobro de la visita médica al hospitalizado, cobro que debe clasificarse como consulta médica considerando que la persona está internada.

El valor a pago se considera como tope anual y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Bono FONASA copia original.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la/s boleta (s) emitida por la clínica u hospital (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).

1.8 Atención de Anestesta: Aquellas intervenciones quirúrgicas o procedimientos en los cuales ocurra la atención de un médico anestesta y dicho profesional expenda una boleta de honorarios sin retención de impuestos o se considere su atención en un bono FONASA o ISAPRE, se reembolsará el valor pagado por el/la afiliado/a hasta el tope anual fijado en tabla de beneficios vigente.

1.9 Atención de Arsenalera: Aquellas intervenciones quirúrgicas o procedimientos en los cuales ocurra la atención de un técnico paramédico especializado en arsenalería y dicho trabajador expenda una boleta de honorarios sin retención de impuestos o se considere su atención en un bono FONASA o ISAPRE, se reembolsará el valor pagado por el/la afiliado/a hasta el tope anual fijado en tabla de beneficios vigente.

1.10 Atención de Urgencia: Aquellas atenciones recibidas en las unidades de urgencia hospitalaria o de clínicas privadas, las cuales se reembolsarán en el presente ítem, sea que hayan sido canceladas de manera particular o con bono según la previsión del/la afiliado/a. Se considera necesaria la presentación de un detalle de las prestaciones recibidas para reembolsar en cada ítem disponible los valores pagados. La consulta médica pagada en unidades de urgencia será clasificada en este ítem presupuestario, aunque sólo indique

consulta médica, distinguiéndose de las consultas tradicionales por el timbre de admisión de urgencia.

1.11 Atención Odontológica: Son aquellas atenciones prestadas por un profesional odontólogo. Se requiere la presentación de los siguientes documentos:

- Presupuesto odontológico con el detalle de las prestaciones que recibió.
- Si la boleta expendida indica claramente la atención que recibió por ej.: extracción pieza x, destartraje, obturación pieza x, control de ortodoncia, etc., la presentación del presupuesto es voluntaria. Por el contrario, si la leyenda de la boleta es genérica tales como: atención dental, programa dental, de acuerdo al presupuesto, etc. la presentación del presupuesto será obligatoria.
- Boleta de honorarios emitida por el odontólogo sin retención de impuestos.
- Boleta o factura de la clínica odontológica.
- Por acuerdo del Consejo Administrativo de Bienestar y a fin de reembolsar la mayor cantidad de prestaciones posibles, considerando lo elevado del costo en las atenciones odontológicas, las prestaciones consignadas en el presupuesto detallado serán clasificadas en el ítem presupuestario correspondiente. Algunos ejemplos: Rayos X pieza 4: Se clasifica en ítem Rayos X; Cone Beam dental es una tomografía, por lo tanto, se clasifica en ítem exámenes especializados; implante dental cuando se cobra la pieza dental se clasifica como implante; los braquetes o frenillos cumplen una función ortopédica dental, por lo tanto, los costos asociados a su instalación y desinstalación serán clasificados en ítem aparatos ortopédicos.
- Algunos ejemplos de atención odontológica: Extracción dental, destartraje, consulta dental, control dental, intervención quirúrgica dental, procedimiento de instalación de implante dental.

1.12 Tratamiento Especializado por Personal Médico: Aquellas atenciones brindadas por un profesional del área de la salud que no es médico, pero que complementa la atención del médico, quién lo ha derivado vía interconsulta para recibir el tratamiento especializado del ámbito de competencia de dicho profesional tales como: Psicólogo, Kinesiólogo, Matrona, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Podólogo.

El valor a pago considera tope por acción y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Bono FONASA copia original.

- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la/s boleta (s) emitida por la clínica u hospital (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Boleta de honorarios sin retención de impuestos original para los profesionales no adscritos a FONASA.

Cabe señalar que algunos tratamientos médicos especializados no requieren la colaboración de otro profesional de la salud y son realizados por el mismo médico que cuenta con una especialidad habilitante para realizar dicho tratamiento, por ejemplo: Sesión terapéutica o psiquiátrica efectuada por psiquiatra; extracción – quema de verrugas o lesiones realizada por dermatólogo, infiltración por parte de un traumatólogo, etc. en cuyo caso no será exigible la interconsulta o derivación, pero si serán clasificadas como tratamiento especializado por personal médico.

1.13 Implantes: Son aquellos dispositivos o componentes que se introducen en algún órgano del cuerpo humano de manera permanente y que permiten la restauración de una función perdida por el afiliado. **Ejemplos: implante dental, implante cloquear, implante de dispositivos de titanio en articulaciones.**

El valor a pago considera tope por acción y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Boleta que contenga el detalle del costo del dispositivo implantado el cual se bonificará hasta el tope anual. (Los servicios del profesional que efectúa la implantación o el procedimiento en sí mismo serán clasificados en el ítem que corresponda).

1.14 Marcapasos: Corresponde a aquel aparato que se coloca quirúrgicamente junto al corazón y que, mediante señales eléctricas, regula la estimulación del corazón y mantiene la frecuencia cardíaca adecuada a las necesidades de cada momento.

El valor a pago considera tope por acción y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Boleta que contenga el detalle del costo del dispositivo implantado. (Los servicios del profesional que efectúa la implantación o el procedimiento en sí mismo serán clasificados en el ítem que corresponda).

1.15 Insumos: Son todos aquellos artículos, sustancias, o materiales empleados para el diagnóstico, intervención o tratamiento del afiliado en contexto de un proceso de atención médica.

Para su reembolso debe presentar el estado de cuenta que contiene el detalle de prestaciones o valores asociados al proceso de atención médica (intervención quirúrgica, exámenes, procedimientos, atención de urgencia, etc.) más la boleta con la cual pagó las prestaciones recibidas. De dicho estado de cuenta se extraerán los valores asociados a insumos.

En caso de Isapre, el bono de reembolso debe indicar claramente qué valor respecto de los insumos fue cubierto por el plan.

En cualquier caso, si la información no es observable a simple vista no es factible reembolsar dicha prestación.

1.16 Anteojos y Lentes de Contacto: Se dispone el reembolso de dos anteojos o lentes de contacto al año calendario, acciones que pueden emplearse por el afiliado y/o sus cargas familiares como lo estimen conveniente. A contar del presente documento se elimina el reembolso de la mitad de lo pagado, cuando el afiliado compra sólo cristales o armazón, aplicándose el tope por acción tal como si hubiera comprado un lente completo (se recomienda dejar una copia de la receta por si tiene algún problema con el lente adquirido). Se aplica tope por acción en cada una de las dos acciones el cual se define anualmente en la tabla de beneficios.

Para reembolsar debe presentar:

- Receta de Médico Oftalmólogo o Tecnólogo Médico con Especialidad de Oftalmología.
- Boleta de óptica donde se indique claramente el valor pagado y el detalle de la compra. Si el detalle no es explícito el/a afiliado/a debe solicitar un documento adicional donde se detalle todos los elementos adquiridos y sus valores.
- Los/as afiliados/as mayores de 55 años tienen el derecho de reembolsar sus lentes en FONASA, por lo tanto, deben realizar ese trámite en la sucursal FONASA y luego presentar en Bienestar el bono más la fotocopia de la receta y de la boleta (le retendrán los originales). Algunas ópticas ya han firmado convenios con FONASA y emiten el bono de inmediato, lo cual es igual de válido que el reembolso posterior en sucursal.
- Los/as afiliados/as de ISAPRE siempre deben reembolsar en su institución de salud y luego presentar el bono más fotocopia de la receta y boleta u originales si lo hizo vía aplicación.

1.17 Aparatos Ortopédicos: Corresponde a aquellos aparatos, apoyos u otros dispositivos externos y aplicados al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético, en consecuencia, tienen como función sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar alguna función dañada. Pueden ser de uso temporal o permanente, diferenciándose de los implantes en que las prótesis son externas y los implantes internos.

El valor a pago considera hasta el tope anual y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Indicación médica (receta).
- Boleta de compra original.
- Bono FONASA o ISAPRE en caso de ser susceptible su bonificación. Es deber del/la afiliado/a acercarse a realizar dicho trámite donde le corresponda.

1.18 Audífonos: Se refiere a un dispositivo electrónico, que notifica, amplifica y cambia el sonido para permitir una mejor comunicación.

El valor a pago considera hasta el tope anual y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Indicación médica (receta).
- Bono FONASA copia original.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la/s boleta (s) emitida por el oferente del producto (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Boleta de compra original si no fueran reembolsables.

1.19 Medicamentos: Corresponde a aquella preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra.

Como ya se ha indicado en apartados anteriores, el Servicio de Bienestar sólo puede reembolsar medicamentos prescritos cuyo objetivo sea curar una enfermedad o ayudar en su tratamiento y/o mantención para aquellas patologías crónicas, por lo tanto excluye como factibles de reembolsar a las vitaminas en cualquiera de sus clases y presentaciones, suplementos alimenticios, sales minerales, anticonceptivos u hormonas que evitan la concepción, dietéticos, naturistas, estéticos (cremas) y cualquier otra sustancia prescrita con fines preventivos, estéticos o no medicinales. Las vacunas tampoco se reembolsan, ya

que hasta el momento la ciencia no ha elaborado ninguna vacuna que tenga el carácter de curativo (son todas preventivas).

Para aquellas patologías que requieren el consumo de alguno de los elementos mencionados en el párrafo antecedente (en ningún caso aplica para aquellos de carácter preventivo, estético), el médico deberá expender un certificado indicando la patología que afecta al paciente y las razones de la indicación del compuesto. Por ej.: Paciente xxxx presenta déficit de vitamina B, por lo que se receta complejo B por 90 días; estampando sus datos de identificación y firma (idealmente timbre). También se considerará válido si en la receta que prescribe el compuesto, se indica el diagnóstico, el cual por sí sólo y claramente avala dicha prescripción. Ej.: Se receta fierro y en el diagnóstico indica anemia. El valor a pago considera hasta el tope anual y para reembolsarlo se requiere presentar:

- Indicación médica (receta) que contiene fecha, prescripción y todos los datos del facultativo con su respectiva firma, sin enmiendas, rectificaciones, ni alteraciones de letra o tinte.
- Boleta de la farmacia donde adquirió el medicamento, la cual debe contener un detalle explícito de los productos adquiridos. Si compró en farmacias que entregan boletas sin detalle, debe solicitarse un documento anexo que explicita los elementos comprados y su respectivo valor. De no presentar dicho detalle, no será factible reembolsar, porque no es posible determinar que elementos fueron adquiridos en la compra.
- Se solicita encarecidamente a los/as afiliados/as **sólo adquirir en la boleta que presentarán al Servicio de Bienestar, los medicamentos que han sido recetados**, realizando en una compra adicional y, por lo tanto, en otra boleta, todas aquellas adquisiciones de índole personal, que no son parte de la receta médica susceptible de reembolsar. Este simple gesto humano permitirá agilizar el proceso de revisión, cálculo e ingreso del beneficio al sistema de registro de Bienestar, acelerando nuestros procesos.
- Para los casos en que el medicamento exija la retención de la receta se aceptará una fotocopia de la receta con el timbre de “receta retenida”. Si la farmacia aduce que no tienen dicho timbre disponible, bastará con la identificación del farmacéutico más su firma avalando la retención de la receta.
- A contar del presente manual, las recetas institucionales prescritas por médicos del mismo establecimiento, será analizadas con especial detención, puesto que existe una normativa vigente que indica que las recetas institucionales deben ser

dispensadas en el establecimiento asistencial, donde se realizó la consulta médica en la cual se otorgó dicha receta. Comprendemos que la realidad de nuestras farmacias en ocasiones supera la normativa en tanto el stock disponible, por lo que nos mantendremos atentos a la situación de dichas recetas, las cuales se seguirán aceptando.

- El análisis detenido al que nos referimos en el párrafo antecedente, se refiere a que la receta contenga todos los datos de identificación del facultativo que la emitió, entre ellos su nombre y dos apellidos, RUT y firma. En lo posible se sugiere estampar el timbre del médico que realizó la atención.
- Cabe señalar y es deber nuestro recordarles que la emisión de recetas por parte de un médico, sin la respectiva atención, auscultación y posterior diagnóstico, está prohibida, por lo tanto, no procede que un facultativo recete a nuestros/as afiliados/as, sin que ocurra la respectiva consulta médica.
- Concurrentemente, es preciso señalar, que el Servicio de Bienestar, puede auditar cualquier documento que reciba, y si lo estima necesario, contactar tanto al/as afiliado/a como al emisor del documento, para resolver dudas u aprensiones sobre su veracidad, legalidad u origen.

1.20 Primeros Auxilios y de Enfermería (Procedimientos): Son todos aquellos procesos de atención realizados por personal de enfermería o técnico que permiten la preparación y atención del paciente en un contexto quirúrgico, de exámenes especializados o atención de urgencia.

Algunos términos frecuentes en este ítem son: sala de procedimientos, procedimientos, derecho de pabellón (en exámenes especializados), atención de enfermería, etc.

Para reembolsarlo se requiere:

- Bono FONASA copia original más detalle PAD.
- Bono ISAPRE original; o copia obtenida del servicio web de la institución de salud a la que se encuentra adscrito más original o fotocopia de la/s boleta (s) emitida por la clínica u hospital (en caso que bonifique presencialmente y le retengan el original).
- Boleta con la cual pagó este ítem de manera particular, siendo habitual que no tenga cobertura en las instituciones de salud.

2.0.- REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REEMBOLSOS DE SUBSIDIOS

El Servicio de Bienestar, podrá otorgar ayuda económica, obsequios y estímulos a sus afiliados/as, de acuerdo a sus disponibilidades presupuestarias y acorde a las situaciones que se señalan a continuación:

2.1 Matrimonio: El/a afiliado/a que contraiga matrimonio en el Registro Civil debe presentar su respectivo certificado de matrimonio con un plazo máximo de seis meses desde transcurrido el evento. Si ambos contrayentes son afiliados al Servicio de Bienestar, pueden en cada caso acceder al subsidio de matrimonio.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.2 Unión Civil: El/a afiliado/a que contraiga unión civil en el Registro Civil debe presentar su respectivo certificado de unión civil con un plazo máximo de seis meses desde transcurrido el evento. Si ambos contrayentes son afiliados al Servicio de Bienestar, pueden en cada caso acceder al subsidio de unión civil que concede el Servicio de Bienestar.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.3 Nacimiento: El/a afiliado/a que sea padre o madre debe registrar a su hijo/a en el Registro Civil y luego presentar su respectivo certificado de nacimiento con un plazo máximo de seis meses desde transcurrido el evento. Si ambos padres son afiliados al Servicio de Bienestar, pueden en cada caso acceder al subsidio de nacimiento que concede el Servicio de Bienestar. Se ingresa en sistema SIRH a nombre del padre o madre.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento. (Si él bebe nace antes de que se cumplan los tres meses de afiliación no podrá acceder a este subsidio).

2.4 Adopción: El/a afiliado/a que adopte un/a hijo/a debe registrar a su hijo/a en el registro civil y luego presentar su respectivo certificado del Registro Civil y la sentencia judicial con un plazo máximo de seis meses desde transcurrido el evento. Si ambos adoptantes son afiliados al Servicio de Bienestar, pueden en cada caso acceder al subsidio de adopción que concede el Servicio de Bienestar.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento. (Si él cambio de apellidos y su respectiva inscripción ocurre antes de que se cumplan los tres meses de afiliación no podrá acceder a este subsidio).

2.5 Fallecimiento – Mortinato: Se concederá una ayuda por el fallecimiento del afiliado/a y de sus cargas familiares reconocidas, incluido el mortinato, a partir del 5º mes de gestación, y el fallecimiento del hijo recién nacido que no hubiere sido aún reconocido como carga familiar y lo compruebe con el instrumento público correspondiente.

En el caso de fallecimiento del/la afiliado/a la ayuda económica se otorgará en el siguiente orden de precedencia;

- Al cónyuge o conviviente civil.
- A los hijos.
- A los padres.
- A la persona que haya incurrido en los gastos funerarios, acreditándolo con las boletas o facturas correspondientes.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.6 Ayudas Sociales: Se podrá otorgar ayuda económica o en especies al/la afiliado/a que esté atravesando una situación económica deficiente que no le permita satisfacer sus necesidades básicas, lo que se acreditará con el respectivo informe socio económico. Los respaldos deben ser acordes a la situación y se analizará cada caso en Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar. Se concederá una vez al año.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.7 Ayudas Médicas por Enfermedad Catastrófica: En caso de enfermedad grave de alto costo del/la afiliado/a o de sus cargas familiares debidamente acreditadas, podrán recibir una ayuda económica o en especies, lo que se acreditará con el respectivo informe socio económico. Los respaldos médicos deberán ser acordes a la situación y cada caso se analizará en un Comité de ayudas médicas integrado por un médico asesor, dos representantes de los trabajadores integrantes del Consejo Administrativo, el Jefe del Servicio de Bienestar y la asistente social de Bienestar Regional. La comisión poseerá un reglamento específico para su funcionamiento aprobado por Consejo Administrativo.

Se concede una vez al año, a no ser que la persona presente un nuevo diagnóstico en el transcurso anual que faculta la aplicación de una nueva ayuda médica.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.8 Educación: El Servicio de Bienestar concederá una asignación de educación, siempre que las disponibilidades presupuestarias lo permitan, una vez al año, al afiliado y cargas

familiares que estudien regularmente en los niveles de prekindergarten, kínder, básico, medio o de estudios superiores, en algún establecimiento educacional del Estado o reconocido por éste, lo cual se acreditará con el respectivo certificado de alumno regular emitido por la entidad educativa.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha de presentación del certificado.

No se concede para estudios en el extranjero, perfeccionamiento – capacitación, ni en la obtención de grados académicos. Se pagan las prácticas si cuentan con certificado de alumno regular.

2.9 Becas de Educación Superior: El Servicio de Bienestar, siempre que sus disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrá otorgar becas estudiantiles para quienes cursan estudios de enseñanza superior presencial o a distancia, en establecimientos reconocidos por el Estado, vía postulación, donde pueden participar los afiliados estudiantes y sus cargas familiares.

Dichas postulaciones serán analizadas por un Comité técnico de becas y contarán con un reglamento que se actualizará anualmente para ser aprobado por Consejo Administrativo.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha de postulación.

No se concede para estudios en el extranjero, perfeccionamiento – capacitación, ni en la obtención de grados académicos.

2.10 Desgravamen: Se concederá un subsidio de desgravamen en caso de fallecimiento del/la afiliado/a, el cual servirá para pagar todas las deudas, tanto de convenios, como préstamos que la persona haya contraído a través del Servicio de Bienestar y se compruebe con el respectivo certificado de defunción.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.

2.11 Catástrofe - Incendio: Se concederá cuando el/la afiliado/a, a consecuencia de un incendio, haya sufrido un grave perjuicio en su vivienda o haya perdido parte importante de los enseres que la guarnecen a causa de un siniestro, o por catástrofes de la naturaleza que afecten a la vivienda del/la afiliado/a y cuya gravedad sea verificada y cuantificada por el Consejo Administrativo a través de un informe realizado de manera presencial por el Jefe del Servicio de Bienestar y la asistente social del establecimiento al cual pertenece el afectado.

Requisito: Tener al menos tres meses de afiliación en la fecha en que ocurre el evento.
No se concede para situación de origen no natural o intencionada.

3.0.- REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA POSTULACIÓN A RECURSOS FACULTATIVOS DEL CONSEJO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR

El Servicio de Bienestar propenderá al mejoramiento de la calidad de vida de sus afiliados/as y su familia, mediante actividades de tipo social, cultural, educacional, deportivo, artístico y celebraciones en general. Dichas actividades serán concursadas a través de proyectos que presentarán al Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar, cada uno de los establecimientos de la región, y que se formalizarán como aprobados en la respectiva acta de Consejo en el cual se analicen. Los/as afiliados/as que postulan o participan de una actividad facultativa deben tener al menos tres meses de antigüedad.

Dichas actividades deben involucrar la participación de afiliados/as al Servicio de Bienestar y sus respectivas cargas familiares en los siguientes ámbitos:

1. Actividades educativas, culturales y sociales.
2. Actividades artísticas.
3. Actividades recreativas.
4. Actividades vacacionales – paseos.
5. Cultura física y deportiva.
6. Celebración de Navidad.
7. Celebración Fiestas Patrias.
8. Celebración Año Nuevo.
9. Día de la secretaria.
10. Día del Padre.
11. Día de la Madre.
12. Día del Niño.
13. Día Internacional de la Mujer.
14. Día de la familia.
15. Aniversario de la institución.
16. Despedida de afiliados al momento de jubilar.
17. Otros beneficios facultativos (aportes a Jardines Infantiles).

4.0.- REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA OPTAR A PRÉSTAMOS DEL SERVICIO DE BIENESTAR

El Servicio de Bienestar podrá conceder los préstamos no reajustables que a continuación se señalan, cuando sus recursos financieros lo permitan:

- A. Préstamos Médicos:** Se otorgarán por una vez al año como complemento de las prestaciones médicas a que se refiere el artículo 9º del Reglamento Particular y requieren la presentación de certificación médica para acceder a él, donde conste la necesidad de obtener recursos para algún tratamiento, examen o intervención de carácter médico u odontológico.
- B. Préstamos Personales:** Se otorgarán una vez al año con el objeto de apuntalar la condición socioeconómica del afiliado. No requiere certificado ni presentación de argumentos o motivos para su solicitud.
- C. Préstamos de Emergencia:** se otorgarán ante problemas económicos graves y otras causas justificadas, calificadas por el Consejo Administrativo como tales. Involucra la presentación de una carta, en formato libre, que incluya la identificación del solicitante y dirigida a dicho Consejo. Será facultad también del Consejo Administrativo fijar los montos de este préstamo (sujeto a disponibilidad presupuestaria y porcentaje de endeudamiento) y determinar los plazos en que serán reintegrados, los que en ningún caso podrán ser superiores a 16 meses.

El monto máximo de los préstamos antes señalados, en las letras A) y B) será determinado por el Consejo Administrativo anualmente, y su reintegro deberá efectuarse en un plazo no superior a 10 meses.

Para conceder un Préstamo el Consejo Administrativo deberá considerar, la capacidad de endeudamiento del solicitante, el cual tal como se establece en el Estatuto Administrativo, debe contar con un 15% de capacidad para asumir deuda; calculado a partir del total haberes mensual de su remuneración. Además, será requisito indispensable la constitución de la garantía de dos codeudores solidarios, que sean funcionarios/as de planta o a contrata de la Institución, quienes tendrán el mismo requisito de solvencia indicado para el solicitante. En el caso de los jubilados, sus avales deben ser afiliados/as activos del Servicio de Bienestar. A fin de optimizar el tiempo de respuesta a la solicitud, se ha delegado en la Jefatura del Servicio de Bienestar y el Contador la revisión de requisitos y visto bueno para la concesión de los préstamos requeridos, excepto para el denominado préstamo de emergencia.

Para solicitar cualquier tipo de préstamo el/la afiliado/a deberá tener por lo menos seis meses de afiliación ininterrumpida al Servicio.

El reintegro de los préstamos señalados se realiza en cuotas mensuales, iguales y sucesivas, las que serán descontadas a partir del mes siguiente al de su otorgamiento.

La tasa de interés que devengarán estos préstamos será fijada anualmente por el Consejo Administrativo, antes del inicio de cada ejercicio financiero y consistirá en un porcentaje del interés corriente para operaciones no reajustables, fijado por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, vigentes al día primero del mes en que se otorga el préstamo.

Para solicitar un nuevo préstamo de los señalados en las letras A), B) y C) será necesario haber pagado íntegramente el anterior por el mismo concepto.

Las cuotas que el/la afiliado/a adeude al Servicio de Bienestar por préstamos o por concepto de crédito de casas comerciales, no podrán en ningún caso exceder del 15% de la remuneración imponible, situación que también aplica para los pensionados afiliados al Servicio de Bienestar.

CONSIDERACIONES FINALES

Se hace presente, que cualquier referencia realizada en este Manual, que diga relación con aspectos normativos, deberán primar estos últimos por sobre las disposiciones contenidas en el presente documento. Asimismo, en caso de verificarse cualquier modificación legal o reglamentaria posterior, y que se encuentre comprendida dentro del periodo de vigencia de este documento, se entenderán incorporadas dentro del presente Manual.