



**PLAN DE BENEFICIOS DEL SERVICIO DE BIENESTAR  
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD  
AÑO 2016**

**I DISPOSICIONES GENERALES:**

- 1.- Los **beneficios médicos** pueden solicitarse a contar del primer mes de cotización, siempre y cuando los gastos incurridos correspondan al primer mes de incorporación. Los demás beneficios podrán solicitarse una vez transcurridos seis meses desde la afiliación al Servicio de Bienestar.
- 2.- Todo documento que respalda una solicitud de beneficios debe ser presentado en original, legible, con fecha y valorizado. Las ordenes médicas deben indicar nombre, Rut y firma del profesional que las emite, como así también se debe indicar claramente la prestación otorgada en caso de Boletas de Honorarios.
- 3.-  Todo documento que respalda una solicitud de beneficio deberá tener una vigencia máxima de seis meses desde la fecha de emisión. Para los documentos con orden médica se considera la fecha de compra de la prestación.
- 4.- Toda solicitud de beneficio debe ser entregada al Encargado de Bienestar designado para tal efecto.
- 5.- Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución de salud, deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.
- 6.- El Servicio de Bienestar sólo podrá bonificar aquella parte no cubierta por los sistemas de seguridad social y compañías de seguros.
- 7.- Todo documento presentado debe ser legible y sin enmendaduras, de lo contrario será devuelto.
- 8.- Toda solicitud de beneficio queda sujeta a un eventual control por parte del Servicio de Bienestar.

## II BENEFICIOS:

### 1.- PRESTACIONES DE SALUD:

ITEM	DOCUMENTACION EXIGIDA	MONTO 2014
<b>1.- MEDICAMENTOS</b>	<p>* Solicitud de Beneficio * Boleta con detalle de la compra y receta médica original. Esta última debe indicar claramente nombre del paciente, fecha e identificación del profesional que la emite con nombre, rut y firma</p> <p><b>Observaciones:</b> * Para medicamentos permanentes se acepta fotocopia de la receta con boleta original. En la orden médica se debe indicar que es un medicamento permanente, de lo contrario el beneficio no será cursado</p> <p>* Para recetas retenidas, se aceptarán fotocopias debidamente timbradas por la farmacia indicando "Receta Retenida"</p> <p>* No se aceptarán recetas enmendadas, manchadas e ilegibles.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>2.-CONSULTAS MEDICAS BONIFICADAS Y CONSULTA MEDICA NO BONIFICADAS</b>	<p>* Solicitud de Beneficio * Bono o Boleta de Honorarios profesionales</p> <p><b>Observaciones:</b> * No se bonifican consultas de Psicólogo, Kinesiólogo, Nutricionista, Enfermera, Terapeuta Ocupacional del DSM Toltén. * Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>3.-EXAMENES Y RADIOGRAFIAS</b>	<p>* Solicitud de Beneficio * Bono de atención original o boleta de honorarios</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar

	<p>* Fotocopia orden médica cuando el bono no detalle la prestación otorgada</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	
<b>4.- HOSPITALIZACION</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Programa Médico de Fonasa o Isapre</p> <p>* Bonos y/o Boletas de pago cuando proceda</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>5.- INTERVENCION QUIRURGICA</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Programa Médico de Fonasa o Isapre</p> <p>* Bonos y/o Boletas de honorarios cuando proceda</p> <p>* Detalle de las prestaciones otorgadas</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Los programas por intervención quirúrgica se desglosan de acuerdo a las prestaciones otorgadas y se imputan al ítem correspondiente</p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>6.- a ) LENTES</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Receta original de especialista</p> <p>* Boleta o factura original</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Lo/as socio/as afiliados a Isapre y socio/as mayores de 55 años afiliado/as a Fonasa deben presentar fotocopia de la boleta y receta de lentes timbrada por la entidad y comprobante de reembolso original</p> <p>* Se puede optar por la alternativa de convenios, donde el funcionario/a presentando su carné de identidad y receta médica, retira un vale desde la oficina de bienestar central; en caso</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar

	<p>de no poder concurrir personalmente puede otorgar a otra persona un poder simple y receta, para que retire el vale</p> <p>* Lentes de sol y lentes neutros no se bonifican</p>	
<b>6.- b) AUDIFONOS</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Receta médica de especialista</p> <p>* Boleta de compra original</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>6.- c) PROTESIS U ORTESIS</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Receta médica de especialista</p> <p>* Boleta de compra original</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>7.- ATENCION ODONTOLOGICA</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Bono o Boleta de honorarios con detalle de las prestaciones efectuadas.</p> <p><b>Observaciones:</b></p> <p>* Se consideran todas las especialidades</p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar
<b>8.- CONSULTAS DE OTROS PROFESIONALES DE SALUD</b>	<p>* Solicitud de Beneficio</p> <p>* Bono o Boleta de Honorarios profesionales</p>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar

	<p><b>Observaciones:</b></p> <p>* No se bonifican consultas de Psicólogo, Kinesiólogo, Nutricionista, Enfermera u otro del DSM Toltén.</p> <p>* Si ha recibido reembolso de Isapre u otra institución deberá presentar fotocopia del bono o boleta timbrada por la entidad más el original del comprobante de reembolso.</p>	
--	--	--

## 2.- PRESTACIONES ECONOMICAS:

<b>1.- NACIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Solicitud de Beneficio</li> <li>* Certificado del Registro Civil</li> </ul>	\$ 20.000
<b>2.- MATRIMONIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Solicitud de Beneficio</li> <li>* Certificado del Registro Civil</li> </ul> <p><b>Observaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Si ambos contrayentes son socio/as de Bienestar, el beneficio se paga de forma independiente a cada uno.</li> </ul>	\$ 20.000
<b>3.- FALLECIMIENTO</b>  (solo beneficiarios ficha)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Solicitud de Beneficio</li> <li>* Certificado de Defunción</li> </ul> <p><b>Observaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Incluye mortinatos a partir del 5to mes de gestación y el fallecimiento del hijo/a recién nacido que no hubiere sido aún reconocido como carga familiar.</li> <li>* Se cancelara a quien sea designado expresamente: cónyuge, hijos, padres o quien acredite gastos funerarios</li> </ul>	\$ 30.000
<b>4.- INCENDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Solicitud de Beneficio</li> <li>* Certificado de Bomberos acreditando el daño causado</li> <li>* Informe social de Asistente Social de Bienestar Local del establecimiento</li> </ul> <p><b>Observaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*La solicitud del beneficio debe ser presentada en un plazo máximo de 30 días de ocurrido el siniestro.</li> </ul>	100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar

<p><b>5.- CATASTROFE</b></p>	<p>* Solicitud de Beneficio          *Informe social de Asistente Social de Bienestar Local del establecimiento  <b>Observaciones:</b>          * Daño grave sufrido en la vivienda que habita el funcionario/a y/o en sus enseres con ocasión de fenómenos naturales (sismos, terremoto, inundaciones, aluvión)          * La solicitud del beneficio debe ser presentada en un plazo máximo de 30 días de ocurrido el siniestro.</p>	<p>100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar</p>
<p><b>6.- ESCOLARIDADES</b></p>	<p>* Solicitud de Beneficio          * Certificado de alumno regular o comprobante de matrícula, emitido por establecimientos educacionales del Estado o reconocidos por éste.  <b>Observaciones:</b>          * Para los niveles de <b>Pre básica, Enseñanza Básica y Enseñanza Media</b> presentar certificado de alumno regular con le Completo y Nivel educacional de la Carga.          * Para los niveles de <b>CFT, Fuerzas Armadas, Universidades e Institutos Profesionales</b> Adjuntar Comprobante de Matrícula o Certificado de Alumno Regular del año correspondiente          * No procede bonificación por aquellos cursos que no otorgan grado académico.</p>	<p>\$5.000</p>
<p><b>7.- BONO VACACIONES</b></p>	<p>* Solicitud de Bono vacaciones</p>	<p>100% del valor pagado con tope anual por socio y/o beneficiarios grupo familiar</p>

\*Tope anual por socio año equivale a : \$ 180.000 ( ciento ochenta mil pesos)

**COMITÉ DE BIENESTAR  
DEPARTAMENTO DE SALUD TOLTEN**

**Toltén, Marzo 2016**