

BONIFICACIONES MÉDICAS ENTREGADAS POR BIENESTAR AÑO 2025

1.1.- Bonificación para gastos médicos efectuados durante el período de vigencia del seguro y no reembolsados por la compañía por estar fuera del plazo establecido de 90 días para la presentación del gasto, o por no estar cubiertos por la póliza de seguro, siempre que correspondan a prestaciones que hayan sido prescritos por un facultativo, con el objetivo del restablecimiento de la salud del afiliado afectada por alguna enfermedad diagnosticada por un médico tratante (se excluyen prestaciones con objetivos estéticos o de orden preventivo), y que puedan ser catalogadas en alguno de los siguientes conceptos definidos en el artículo 15, del DS N° 28, excepto la letra e) de atención odontológica, cuyas prestaciones serán reembolsadas directamente por el Departamento de Bienestar :

- a) Consulta médica, consulta médica domiciliaria, interconsulta y junta médica;
- b) Intervenciones quirúrgicas, atención de anestesista y arsenalera;
- c) Hospitalizaciones;
- d) Exámenes de laboratorio, Rayos X, histopatológicos y especializados de carácter médico.
- f) Medicamentos;
- g) Implantes;
- h) Marcapasos;
- i) Tratamientos médicos especializados;
- j) Consulta y tratamientos especializados para la recuperación de la salud, efectuados por personal profesional o técnico autorizado de colaboración médica;
- k) Adquisición de anteojos, lentes de contactos, audífonos y aparatos ortopédicos;
- l) Toma de muestra de exámenes a domicilio;
- m) Atención de urgencia, primeros auxilios y enfermería;
- n) Atención obstétrica;
- ñ) Traslados de enfermos, y
- o) Insumos necesarios para el otorgamiento de las prestaciones de las letras b), d), g), h), i), j), m) precedentes.

Las bonificaciones médicas se efectuarán a través de la Compañía de Seguros en los términos establecidos en la póliza respectiva, para las prestaciones otorgadas a partir del 1° de Enero del 2025.

Para aquellos gastos médicos que fueron rechazados por la compañía de seguros, por estar fuera del plazo, en que la compañía de seguro otorga cobertura, o por no estar cubiertos por la póliza de seguro, y puedan ser catalogados en las letras a), b), c), d), f), g), h), i), j), k), l), m), n), ñ) y o) el Departamento de Bienestar otorgará como bonificación lo siguiente:

- El 20 % del gasto con tope del 20 % del Arancel Fonasa, nivel 3, para los ítems codificados en él.
- Los ítems no codificados en el arancel FONASA, serán bonificados en un 20% del gasto total.

- En el caso de gastos ópticos, el Bienestar bonificará un 20% del valor, con tope \$ 7.000, para anteojos corrientes. Para bifocales, multifocales y lentes de contacto se bonifican un 20% con tope de \$ 14.000. Marcos y cristales ópticos se bonifican una vez en el año por cada beneficiario. No se bonifican marcos solos.
- Las sesiones de terapia ocupacional, se reembolsarán por el 20% del copago total.
- Estas bonificaciones tendrán un tope anual por grupo familiar en total de \$ 73.595.-

El socio tiene 6 meses de plazo para presentar la documentación a Bienestar que haya sido rechazada por la Compañía de Seguros. Se considera la fecha del rechazo de la compañía de Seguros para este efecto.

- El afiliado deberá presentar la liquidación del rechazo por parte de la compañía de seguros, junto con los siguientes documentos según corresponda al tipo de prestación: bonos, boletas, reembolso de Isapre, cuenta detallada de hospitalizaciones o cirugías, además de recetas médicas, ordenes de exámenes, epicrisis y/o informes de médico tratante, en los cuales debe indicarse el diagnóstico médico.

Adicionalmente y como excepción, Bienestar otorga cobertura para las siguientes prestaciones:

- En el caso del parto de la hija del socio o socia que sea carga legal. La bonificación se determina bajos los mismos porcentajes y topes que aplique la compañía de Seguros.
- En el Tratamiento especializado para apnea del sueño moderada a severa, mediante equipamiento CPAP, sus implementos necesarios e insumos, sin cobertura por el seguro de salud, no cubiertos por el sistema de salud y sin codificación de FONASA, pero homologados por la Superintendencia de Seguridad Social, siempre que hayan sido prescritos por un facultativo, se pagará una bonificación del 20% del valor total de la prestación con un tope anual de \$ 294.381.

1.2.- Bonificación dental, con cargo a los fondos del Departamento de Bienestar, considerando un 50% de bonificación sobre el gasto dental total, o de un 70% en caso de prestaciones bonificadas por sistema de salud del socio, con un tope anual por grupo familiar de \$ 515.167.-

Se otorga cobertura a medicamentos e insumos que sean recetados exclusivamente por el dentista para el tratamiento dental. Incluye tratamientos para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación, apoyo kinesiológico u otros. Se cubrirá en este ítem la Cirugía Maxilofacial en caso que esta sea rechazada como gasto médico por la Cía. de Seguros, por no ser a consecuencia de un accidente. Se otorga cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados, tanto dentro como fuera del país.