



## *Instructivo para realizar reembolsos dentales*

## Introducción

desde el año 2016, el Departamento de Bienestar, dio comienzo a reembolsar los gastos dentales de todos sus socios y cargas legales, pudiendo sumar mas beneficios para los socios y sus familias. A continuación veremos cual es el proceso para gestionar sus reembolsos dentales.

## • *Índice*

- 1.- Documentos necesarios para presentar reembolso.
- 2.- Formulario.
- 3.- Documentos contables.
- 4.- Plazos y coberturas.
- 5.- Formulario dental.

# **Documentos necesarios para presentar reembolsos.**

**1.- Formulario dental del Departamento de Bienestar.**

**2.- Documentos contables tales como bonos, boletas, voucher, etc.**

**3.- recetas de medicamentos, ordenes de radiografías y exámenes solicitados por el dentista.**

# Formulario.

El formulario dental debe venir completo por el dentista con toda la información requerida en él.

Las prestaciones deben venir claramente señaladas en formulario: tipo de prestación, fecha de prestación, valor unitario y valor total

Se recomienda adjuntar presupuestos, certificados de atención o cualquier otro documento que detalle nombre del paciente, las prestaciones otorgadas, fechas de atención y valores

Marcar sistema de salud Fonasa/Isapre.

Si tiene cobertura de gastos dentales por su sistema de salud, debe presentar los bonos. No es necesario llevar boletas a Isapre para poner timbre de no Bonificable

No es necesario presentar radiografías dentales.

Al solicitar reembolso parcial por pago anual de tratamiento, debe presentar copia del documento contable junto con el formulario dental completado por el odontólogo, indicando las nuevas prestaciones a cobrar.

# **Documentos contables**

Los valores de los documentos contables deben estar en concordancia con lo informado en formulario, de existir alguna diferencia debe ser aclarada.

Los documentos contables no pueden venir enmendados, de ser así, será motivo de rechazo.

Los documentos contables deben indicar nombre del paciente.

El Voucher se considera documento contable siempre y cuando indique Valido como boleta, nombre razón social, Rut del prestador, dirección, fecha, número de operación y monto. Al presentar voucher, el formulario debe indicar el nombre del paciente.

# Plazos y Coberturas

Las prestaciones dentales se reembolsaran al 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 14UF.

Se otorga cobertura a medicamentos e insumos que sean recetados exclusivamente por el dentista para el tratamiento dental.

Se otorga cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados, tanto dentro como fuera del país


La presentación de solicitudes de reembolso de gastos dentales tiene un plazo de 180 días corridos a partir de la fecha de la prestación.

Incluye tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación y apoyo kinesiológico


Se cubrirá con el tope de UF 14 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.

# Formulario Dental.

1. El primer paso para presentar gastos dentales, es completar el formulario de reembolso dental, que podrá encontrar haciendo clic en el siguiente link :  
<https://bienestar.pjud.cl/wp-content/uploads/documentos/contenidos-hijos/Formulario-Dental-de-Bienestar.p>
2. Luego deberá completar la declaración del socio que es el recuadro que esta indicado con un cuadrado rojo



**PODER JUDICIAL**  
SERVICIO DE JUSTICIA  
Al servicio de todos los personas



**Bienestar**  
Vive mejor

### SOLICITUD BONIFICACION PARA GASTOS DENTALES

**PARTE 1 DECLARACION DEL SOCIO**

NOMBRE DEL SOCIO TITULAR	RUT SOCIO TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL DIAGNOSTICO
INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL	
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Isapre (nombre)	

Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cia. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia dental, tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamo al Departamento de Bienestar del Poder Judicial, con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA
FIRMA ASEGURADO TITULAR

**PARTE 2: DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO**

NOMBRE PROFESIONAL	RUT	TELEFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TERMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+)ratifique fecha inicio	

**DETALLE DEL TRATAMIENTO**

1.-TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO

PRESTACIONES	PIEZAS N°	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
<b>MONTO TOTAL</b>				
<b>CANTIDAD DE DOCUMENTOS</b>				

**Recuerde:**  
 La documentación debe presentarse escaneada en plataforma Buzón Virtual, la cual se encuentra en nuestra página web [www.bienestar.pjud.cl](http://www.bienestar.pjud.cl).  
 El plazo para presentar documentos dentales para su bonificación en el Departamento de Bienestar son 180 días corridos desde la fecha de atención u otorgamiento de la prestación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA
FIRMA ODONTÓLOGO

**DEPARTAMENTO DE BIENESTAR**  
 "Cada día más y mejores beneficios para usted y su familia"  
[www.bienestar.pjud.cl](http://www.bienestar.pjud.cl)



El Departamento de Bienestar del Poder Judicial es fiscalizado por la Superintendencia de Seguridad Social (www.asesoc.cl)

# Formulario Dental

3. El tercer paso a seguir es solicitarle al dentista que complete sus datos como profesional, indicado en el recuadro marcado de color azul

4. Como ultimo paso deberá ser completado el detalle del tratamiento, indicando nombre de prestación, fecha y montos de manera individual, según lo que esta marcado con amarillo.

**Listo, ya puedes solicitar reembolso adjuntando los demás documentos solicitados.**

### SOLICITUD BONIFICACION PARA GASTOS DENTALES

**PARTE 1 DECLARACIÓN DEL SOCIO**

NOMBRE DEL SOCIO TITULAR	RUT SOCIO TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL DIAGNOSTICO
INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL	
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Isapre (nombre)	

Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cia. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia dental, tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamo al Departamento de Bienestar del Poder Judicial, con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

FECHA
FIRMA ASEGURADO TITULAR

**PARTE 2: DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO**

NOMBRE PROFESIONAL	RUT	TELÉFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TERMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+)ratifique fecha inicio	

**DETALLE DEL TRATAMIENTO**

PRESTACIONES	PIEZAS N°	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
MONTO TOTAL				
CANTIDAD DE DOCUMENTOS				

**Recuerde:**  
La documentación debe presentarse scaneada en plataforma Buzón Virtual, la cual se encuentra en nuestra página web [www.bienestar.pjud.cl](http://www.bienestar.pjud.cl).  
El plazo para presentar documentos dentales para su bonificación es el Departamento de Bienestar con 180 días corridos desde la fecha de atención u otorgamiento de la prestación.

FECHA
FIRMA ODONTÓLOGO

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR

"Cada día más y mejores beneficios para usted y su familia"  
[www.bienestar.pjud.cl](http://www.bienestar.pjud.cl)

El Departamento de Bienestar del Poder Judicial es fiscalizado por la Superintendencia de Seguridad Social ([www.asesoc.cl](http://www.asesoc.cl))