

Estimados asociados

Con el Objeto de mantenerlos informados, me permito comunicarles que hemos suscrito el nuevo convenio marco relativo al Seguro Complementario de Salud, Vida y Catastrófico que regirá desde el 1 de enero del presente año y que ha sido suscrito por la misma Empresa con la que veníamos trabajando, es decir BCI Seguros, convenio que favorece a todos los bienestares del sector público. Los únicos cambios que registra la nueva póliza se refieren a los siguientes aspectos:

- El valor de la prima del seguro, vida, salud complementario y catástorfico, disminuyó un 7,03%, desde UF 0,9724 a UF 0,904 por socio, lo cual favorece la continuidad en el tiempo de este beneficio y a su vez con esta economía, nos ha permitido aumentar el beneficio dental de un tope anual de 13 UF A 14 UF por grupo familiar, y complementar la cobertura de gastos ópticos otorgada por la compañía de seguros entre otros.
 - Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del asegurado de un 50% (BMI). En caso que no se cumpla con el BMI establecido, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud se aplicará un 50% para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del Seguro. Para esta modificación sugerimos a nuestros asociados que seleccionen y utilicen en mejor forma sus planes de salud, se informen y conozcan sus coberturas, Isapre o Fonasa, y que prefieran los prestadores preferentes o en convenio, que puedan cotizar antes de elegir un prestador en salud y que utilicen los beneficios AUGÉ-GES, Ley de Urgencia y otros disponibles en su sistema de salud.
 - El reembolso de gastos ópticos (marcos y cristales), disminuye desde un 70% al 60%, manteniendo el tope en 3 UF. Sin embargo, tal como lo mencionamos al comienzo, el Departamento de Bienestar crea una bonificación adicional, para compensar esta disminución de la siguiente manera: Los gastos ópticos que hubiesen sido reembolsados por la Compañía de Seguros sin haber alcanzado el tope de 3 UF por beneficiario, se bonificará el 25% del monto no reembolsado por la compañía de Seguros, hasta completar el tope de 3 UF (valor UF al 1 de enero de 2021) considerando la suma del monto liquidado por el Seguro y la bonificación de Bienestar. Esta bonificación deberá ser solicitada por el socio al Departamento de Bienestar, adjuntando la liquidación de la compañía de Seguros.
 - Gastos “Sin cobertura de Isapre o Fonasa y no codificados”, se bonifican con un 50% del ítem que corresponda, y tope anual de UF 15 por beneficiario.
 - El valor del deducible anual, se mantiene en UF 0,5 para sólo titular y UF 1,0 para titular y una carga, en el caso de titular con más de 1 carga, el deducible disminuye de UF 1,5 a UF 1,4.-
- En relación a los canales de reembolso estos serán los siguientes:
- Las farmacias con bonificación automática serán Cruz Verde, Salcobrand, y se agrega Farmacias Ahumada.
 - Se bonifican en línea las consultas médicas, consultas de urgencia y exámenes médicos, siempre que hayan sido cancelados mediante sistema I-med.
 - Se mantiene la gestión digital de los gastos médicos como única modalidad de presentación de documentos a la compañía de Seguros. El socio puede presentar directamente sus gastos médicos a la compañía de Seguros, a través de los siguientes canales:
 - Reembolso Web en el sitio www.bcivida.cl (tope de 50 UF de copago por solicitud)
 - Aplicación para celulares “BCI Seguros”(tope de 30 UF de copago por solicitud)
 - Autoliquidación en Línea, en el sitio www.conveniomaticobciseguros.cl

- Los plazos asociados a la presentación de los gastos médicos a la compañía de Seguros, a partir del 1° de enero de 2021, serán los definidos en la póliza.
 - El plazo de presentación de los gastos médicos a la compañía de Seguros es de 90 días desde la fecha de emisión de los bonos o de boletas de pago de las prestaciones.
 - El plazo de apelación a la liquidación o rechazo de solicitudes es de 60 días, desde la fecha de liquidación del gasto.
 - La vigencia de las recetas a permanencia será de 6 meses

- Las modificaciones a la cobertura de gastos dentales y médicos que en el año 2021 otorgará directamente el Departamento de Bienestar a sus socios es la siguiente:
 - Bonificación del 50% de los gastos de prestaciones dentales, medicamentos e insumos indicados por odontólogo, con un tope anual por grupo familiar de UF 14 (al 1 de enero de 2021). Si las prestaciones consideran bonificación de sistema de salud, se bonificará un 70% sobre el copago.

 - Bonificación médica para 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 descritos por un facultativo, como un tratamiento especializado y que se consideren como un insumo, se pagará una bonificación del 20% del valor total de la prestación con un tope anual de 8 UF (al 1 de enero de 2021).

 - En caso de requerir ayuda, nuestros funcionarios de atención de público podrán asesorarlos adecuadamente, para lo cual sólo deben comunicarse al correo bienestar@pjud.cl

Saluda atentamente.



MANUEL ANTONIO VALDERRAMA REBOLLEDO
MINISTRO EXCMA. CORTE SUPREMA
PRESIDENTE DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR
PODER JUDICIAL