



NO PAGUES DE MÁS

**UTILIZA BIEN TU SEGURO
COMPLEMENTARIO DE
SALUD Y VIDA**

Departamento de Bienestar
del Poder Judicial

¿Qué es el Seguro Complementario de Salud y Vida?



Es un beneficio que otorga el Departamento de Bienestar, mediante un contrato que se realiza con la compañía BCI seguros S.A., el que consiste en otorgar reembolsos por gastos médicos efectivos en los que haya incurrido el socio y sus cargas legales, según los porcentajes de coberturas establecidos en la Póliza y sus Condiciones Particulares.

Este contrato incluye un Seguro de Vida, el cual consta de un capital asegurado al momento del fallecimiento del socio. Los beneficiarios de este seguro serán los que el socio deje estipulado en el Formulario Designación de Beneficiario o en su defecto lo que indica la ley. Los montos están establecidos en la tabla de capital de fallecimiento de la póliza.

¿Quiénes Tienen Derecho al Seguro de Salud y Vida?

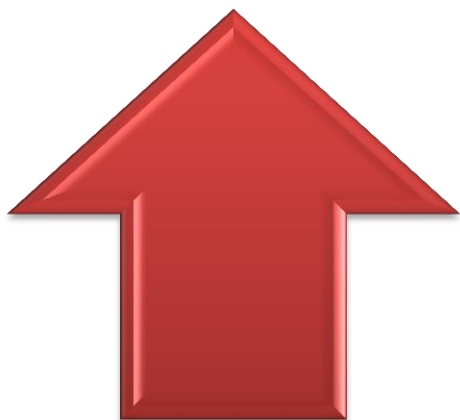


Todos los socios afiliados al Departamento de Bienestar del Poder Judicial, y sus cargas familiares acreditadas, tienen derecho al seguro complementario de salud. Mientras que el seguro de vida, **solo cubre el fallecimiento del socio.**

- Hijos cargas legales reconocidas, hasta los 18 años, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años de edad, si acredita dependencia económica y son estudiantes.
- Cónyuge cargas legales del asegurado titular
- Padres cargas legales del asegurado titular
- Otras cargas legales del asegurado titular

Todos los casos anteriores deben estar acreditadas como carga con su respectiva resolución en la Corporación Administrativa.

¿Cuánto Cuesta el Seguro Complementario de Salud y Vida?



El Departamento de Bienestar paga 0,904 UF por cada socio



El socio activo cancela el 2% de su remuneración imponible, y el socio jubilado sólo el 1,5% de su pensión bruta

Características



- Tienen derecho a estar asegurados todos los afiliados al Departamento de Bienestar del Poder Judicial, incluyendo sus respectivas cargas legales.
- Considera a socios activos y pasivos.
- Sin restricción de edad de los asegurados.
- La cobertura es automática al incorporarse a Bienestar, sin periodos de carencia.
- No se exige declaración de salud ni examen médico de ninguna clase.
- No se excluye a ningún asegurado o beneficiario en virtud de enfermedades preexistentes y/o embarazos al inicio o durante la vigencia del contrato.
- Acceso al seguro catastrófico sin definición previa de patologías.

Bonificación Mínima del Sistema de Salud



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 AUGE-GES, Ley de Urgencia y otros disponibles en su sistema de salud

Coberturas del Seguro Complementario por cada integrante del grupo familiar.



COBERTURS SALUD	% BONO	% VÍA REEMBOLSO	TOPE POR EVENTO	TOPE ANUAL UF
GASTOS AMBULATORIOS				
Consultas Médicas	70%	50%	UF 0,5	UF10
Exámenes y Procedimientos	60%	40%	sin tope	UF15
Cirugía Ambulatoria (incluye Cirugía Laser con Dioptrias igual o superior a 5 por patología)	60%	60%	sin tope	UF40
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	80%	80%	UF15 anual por persona	
Medicamentos Ambulatorios de Marca	40%	40%		
PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGÍA				
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	50%	50%	UF 0,5	UF10
Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica	50%	50%		UF15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS				
Óptica (incluye marcos, cristales y lentes de contactos)	60%	60%	UF3 anual por persona	
Prótesis y Órtesis (incluye audífonos y silla de ruedas)	70%	70%	UF15 anual por persona	
GASTOS HOSPITALARIOS				
Día Cama hasta 30 días	80%	80%	UF5	30 días
Día Cama exceso 30 días	70%	70%	UF4	sin tope
Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos (Derecho a Pabellón - Cirugía Dental por Accidente - Ambulancia Terrestre, Servicio de Enfermería, Medicamentos e Insumos)	50%	50%	sin tope	sin tope
MATERNIDAD				
Parto Normal	50%	50%		UF15
Cesárea	50%	50%		UF20
Aborto no Voluntario	50%	50%		UF10
SIN COBERTURA - NO CODIFICADOS				
GASTOS NO CODIFICADOS POR ISAPRE O FONASA	50%	50%		UF15
GASTOS SIN BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO				
MONTO MAXIMO A REEMBOLSAR AL AÑO			UF 400 POR PERSONA	

Coberturas del Seguro Catastráfico por grupo familiar.



Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
Día cama	100	Sin Tope
Honorario Médicos	100	Sin Tope
Día cama UTI/Intermedio	100	Sin Tope
Derecho a pabellón	100	Sin Tope
Cirugía dental por accidente	100	Sin Tope
Servicio ambulancia (50km)	100	Sin Tope
Medicamentos	100	Sin Tope
Servicio Enfermería	100	Sin Tope
Otros gastos	100	Sin Tope
Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
Medicamentos	50	Sin Tope
Consulta Medica	100	Sin Tope
Exámenes	100	Sin Tope
Procedimientos	100	Sin Tope
Drogas Antineoplásicas	80	Sin Tope
Deducible	UF 25	
Monto asegura máximo	UF 2000 Por grupo familiar	

Seguro Catastrófico

¿Cuándo opera el seguro catastrófico?



Esta cobertura opera una vez completado el tope de cobertura de salud por beneficiario de UF 400

Cubre los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud del socio, en los porcentajes y topes indicados hasta el máximo de UF 2.000 por grupo familiar.

Se aplica un deducible de UF 25 por grupo familiar.

Coberturas del Seguro de Vida



EDAD	SEGURO BCI	SUBSIDIO BIENESTAR	PAGO TOTAL
Menores de 74 años	UF 50	UF300	UF 350
Desde los 75 hasta los 79	UF 20	UF 200	UF 220
Desde los 80 a los 85 años	UF 15	UF 100	UF 115
Desde los 86 en adelante	UF 1	UF 100	UF 100

Montos Asegurados y Deducibles



COBERTURAS	TOPE ANUAL	DEDUCIBLE ANUAL
Salud	UF 400 por cada integrante del grupo familiar	Socio sin carga UF 0,5 Socio con 1 carga UF 1 Socio con 2 o mas cargas UF 1,4
Catastrófico	UF 2.000 por grupo familiar	UF 25 por grupo familiar
Dental	UF 14 por grupo familiar	Bonificación cancelada por el Departamento de Bienestar

Cirugías y Procedimientos Cubiertos con Requisitos Especiales



- Tratamiento para bajar de peso y cirugía en caso de obesidad
- Cirugía ocular laser
- Procedimientos dermatológicos como nevos o extirpaciones
- Diagnósticos de talla baja y talla alta.
- Operaciones Maxilofaciales

En casos de realizarse esta cirugías o procedimientos favor infórmese, escribanos, nosotros los podemos ayudar

Seguro Comp. de Salud Reembolso por Imed



Como opera el Sistema Imed

- Para acceder al beneficio, el socio y sus cargas legales deben estar ingresadas en la nomina la compañía de seguro BCI.

¿Qué cubre el Sistema Imed?

- Solo consultas médicas y exámenes médicos.

¿Cuál es el tope y montos a bonificar?

- El sistema Imed no tiene un tope diario, los montos son los aplicados de acuerdo al porcentaje en la tabla de beneficio.

Reembolso por Imed con Deducible



Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

661469181

Fecha Emisión : 03/01/2017 Hora : 10:04 Convenio : 13.500 Integramedica Centro
 Afiliado : 8.764.733-1 ISABEL DEL CARMEN AVILA BUSTAMANTE Grupo Ingreso : D
 Beneficiario : 8.764.733-1 AVILA BUSTAMANTE ISABEL DEL CARMEN Edad : 54 SEXO : F
 DIRECCION : JOSE MARIA CARO 15 SUR 5514

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiad	Aporte y/o S.Complem.	Copago del Beneficiario
0101001 CONSULTA MEDICA ELECTIVA	N		1	11.060	5.300	0	• 5.760
TOTALES				11.060	5.300	0	5.760

Seguros BCI Deducible:\$ 4.032 : 0

Saldo copago del Beneficiario : 5.760

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.098.454-K
 MEDICO TRATANTE : REYES RODRIGUEZ ZAIDANY SAIRY

INTEGRAMEDICA S.A.

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 11.838.236-6 HORA : 10:04 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

661469181

Cuando se aplique el deducible en su bono aparecerá una glosa donde se especifica que se realizó cobertura del Seguro BCI la cual dirá "Deducible" y el monto aplicado. Estos bonos fueron cubiertos por el deducible automáticamente, por lo tanto no deben ser enviados a la compañía de seguro para que curse el reembolso.

Seguro Comp. de Salud Reembolso por Imed



Cruz Blanca

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

965622473

Fecha Emisión : 03/11/2016 Hora : 15:56 Convenio : 13.505 Integramedica Barcelona
Afiliado : 10.322.843-3 CASTILLO VALENZUELA FERNANDO Plan/Grupo Ingreso : 3INDE10714
Beneficiario : 22.795.770-0 CASTILLO PALMA RENATO ANDRES Edad : 8 SEXO : M
DIRECCION : VILLAREAL #1556 VALLE LO CAMPINO

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Aporte y/o S.Complem	Copago del Beneficiario
0101803 CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIA	N		1	22.466	15.726	4.718	2.022
TOTALES				22.466	15.726	4.718	2.022

Seguros BCI : 4.718

Saldo copago del Beneficiario : 2.022

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.098.454-K
MEDICO TRATANTE : VERONICA ABDALA

INTEGRAMEDICA S.A.

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 17.102.640-7 HORA : 15:56 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

965622473

Cuando se aplique el reembolso en su bono aparecerá una glosa donde dice Seguro BCI y el monto que fue rebajado del pago final. Estos bonos ya fueron reembolsados automáticamente, por lo tanto no deben enviarse a la compañía de seguros para que curse el reembolso.

Formularios e Informes Médicos

Tratante



Existen dos tipos de formularios para presentar documentación:

- Médicos
- Dentales-prestación cancelada por el Depto. de Bienestar

Existen **Informes Medico Tratante (IMT)** que la Compañía de Seguro solicita en algunas patologías determinadas. Estos informes son los siguientes:

- IMT
- IMT Cirugía Ocular
- IMT Operación Obesidad
- IMT Septoplastía
- Declaración de Accidente

En caso de cirugías solicite a su doctor que llene el Informe Médico Tratante (IMT). Todos nuestros formularios y documentación pueden encontrarse en nuestro sitio web bienestar.pjud.cl

Formulario Médico

¡¡ No olvidar !!


Convenio Marco
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Use exclusivo del Médico)
(Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:
Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____
Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta)
Fecha de Atención: _____
Fecha de inicio de síntomas que originaron la consulta: _____
Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad: _____
Tratamiento e Indicaciones Médicas
Tratamiento Prolongado o a permanencia: ☐ SI ☐ NO Período de tratamiento: _____
Detallar tipo de tratamiento: _____
En caso de accidente, indicar
Tipo de Accidente: LABORAL ☐ OTROS ☐ Fecha de Atención: _____
Breve descripción del accidente: _____
En caso de Embaraza:
Fecha probable fecundación: _____ Fecha Diagnóstico: _____
FFPP: _____
Nombre del Médico: _____ RUT: _____
Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO
Nombre del Asegurado Titular: _____ RUT: _____
Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isape: _____
Síntomas que originaron la visita al médico:
¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar: ☐ SI ☐ NO Nº de Liquidación: _____ Diagnóstico Anterior: _____
Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del escrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS						
Bonos/Orden At.	Reembolsos	Bolero Farmacia	Recetas	Programas	Otros	Total
Total Gastos Solicitados: (Gastos efectivamente incurrido por el asegurado)						
Fecha: _____						Firma: _____

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE
Nombre o Razón Social Contratante: _____ RUT: _____
Nombre del Funcionario: _____ Fecha: _____
Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.
Firma: _____

**Diagnóstico o
Diagnósticos**

**Firma y timbre
del médico**

**Datos del socio y
paciente**

¡¡ No olvidar !!



Prestación, cada una de las fecha de atención y valores individuales

Plazo de Presentación de gastos

- 90 días corridos desde la emisión de boleta o bonos.
- En el caso de gastos dentales, 180 días desde la fecha de la prestación (cancela bienestar).

Apelación

- Deberán realizarse en un plazo no superior a 60 días corridos, desde la fecha de liquidación

Pago de siniestros de salud

- Se realizará en un máximo de 4 días hábiles desde la fecha de recepción de los gastos en la compañía.
- Todos los gastos presentados cuyo pago supere el \$1.000.000 es enviado a contraloría medica de BCI y es resuelto en 20 días hábiles

Tenemos Algunos Consejos Importantes Para Ti



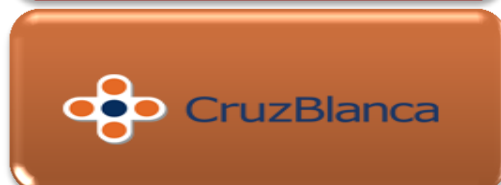
NO PAGUES DE MÁS

- ➔ Conoce tu plan y cobertura de Isapre / Fonasa
- ➔ Prefiere prestadores preferentes o en Convenio
- ➔ Infórmate sobre convenios con Bonos Costo Cero
- ➔ Utiliza el beneficio de Exámenes de Medicina Preventiva Gratuitos
- ➔ Infórmate sobre los beneficios AUGE-GES / CAEC / PAD
- ➔ Prefiere Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes
- ➔ Utiliza tu descuento mas Conveniente en Farmacias
- ➔ Cotiza antes de elegir un prestador en salud

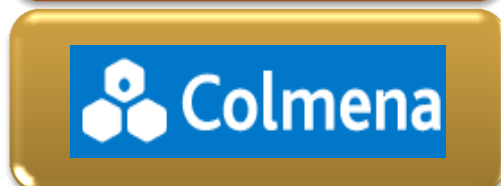
Consulte siempre por los Prestadores Preferentes de Isapre y Fonasa



- www.banmedica.cl
- 600 600 3600



- www.cruzblanca.cl
- 600 818 0000



- www.colmena.cl
- 2 2959 40 40



- www.vidatres.cl
- 600 600 3535



- www.isaprefusat.cl
- 800 800 331

Consulte siempre por los Prestadores Preferentes de Isapre y Fonasa



- www.consalud.cl
- 600 500 9000



- www.masvida.cl
- 600 6000 262



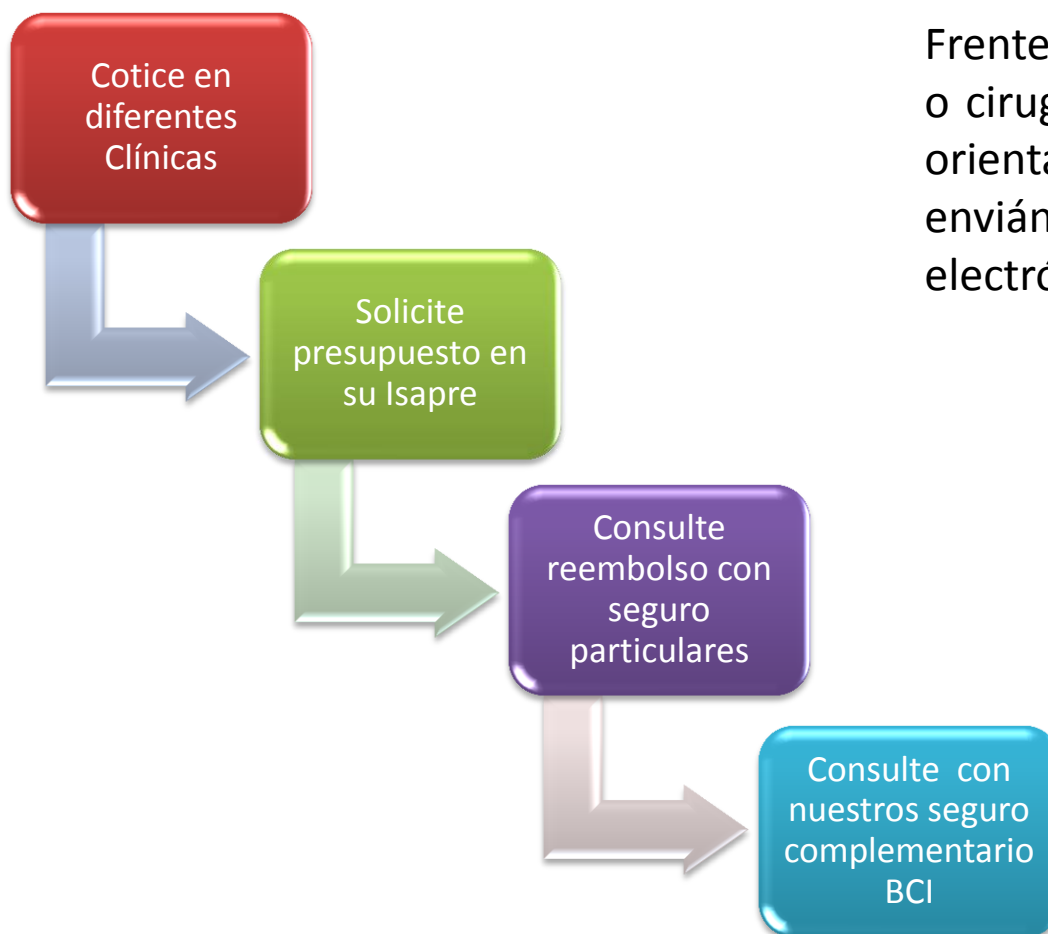
- www.isaprefundacion.cl
- 2 2347 9000



- www.fonasa.cl
- 600 360 3000

Hospitalización o Cirugía

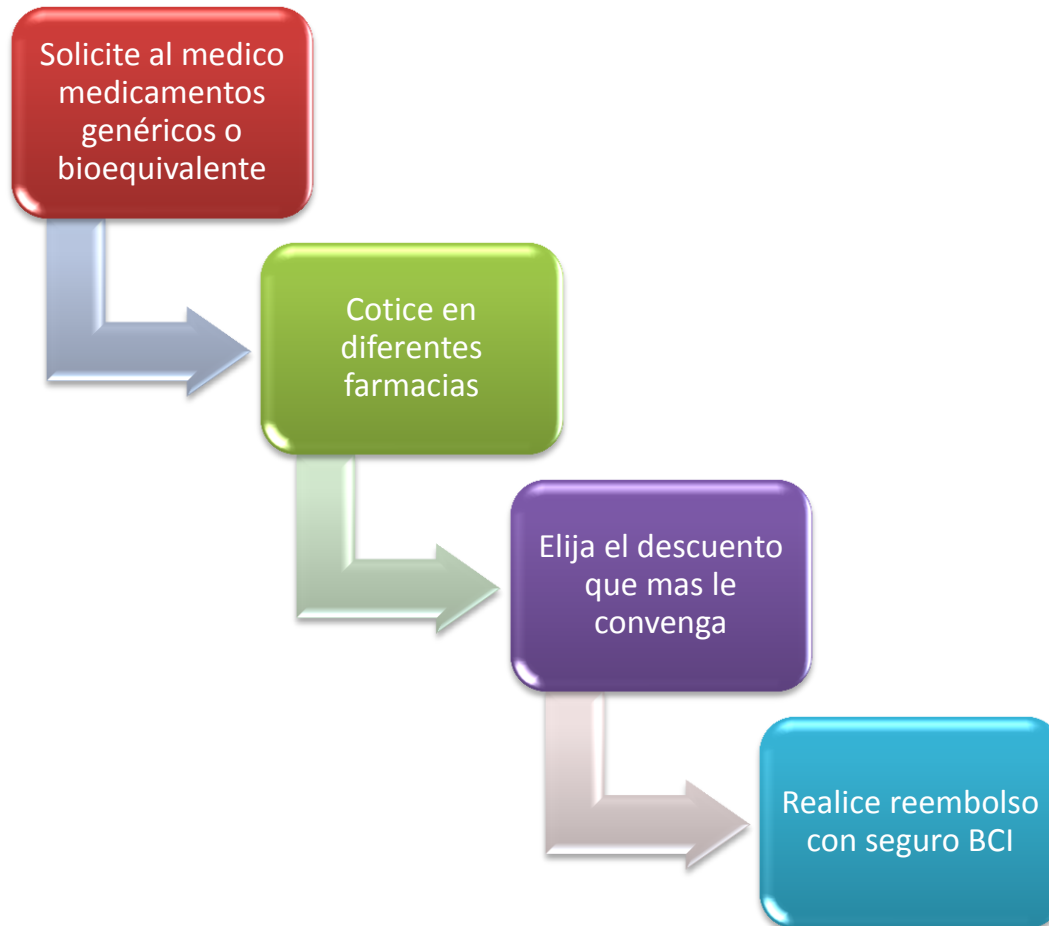
Pasos a seguir



Frente a una posible hospitalización o cirugía de alto costo, solicite antes orientación en coberturas de salud, enviándonos sus consultas al correo electrónico bienestar@pjud.cl .

Medicamentos

Pasos a seguir



¿ Qué Significa AUGE/GES ?

El AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas de Salud) es un programa de salud pionero en la región que beneficia a los afiliados de Fonasa e Isapres, dando acceso a las garantías establecidas para cada una de las patologías consideradas por el Ministerio de Salud.

Actualmente otorga atenciones y prestaciones para 80 patologías, que representan el 60% de la carga de enfermedad de los chilenos.

El AUGE asegura a los pacientes :

- ✓ **Garantía de Acceso:** Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
- ✓ **Garantía de Oportunidad:** Esto significa que las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por el prestador de acuerdo a un plazo establecido.
- ✓ **Garantía de Protección Financiera :** Se fija el copago máximo a pagar por sus atenciones, equivalente al 20% del valor determinado por el precio de referencia establecido por el Ministerio de Salud para la canasta y deducible AUGE-GES anual.
- ✓ **Garantía de Calidad** de los prestadores a través de una certificación de la Superintendencia de Salud.

¿Cómo acceder a GES/AUGE?



¿Qué Significa CAEC?

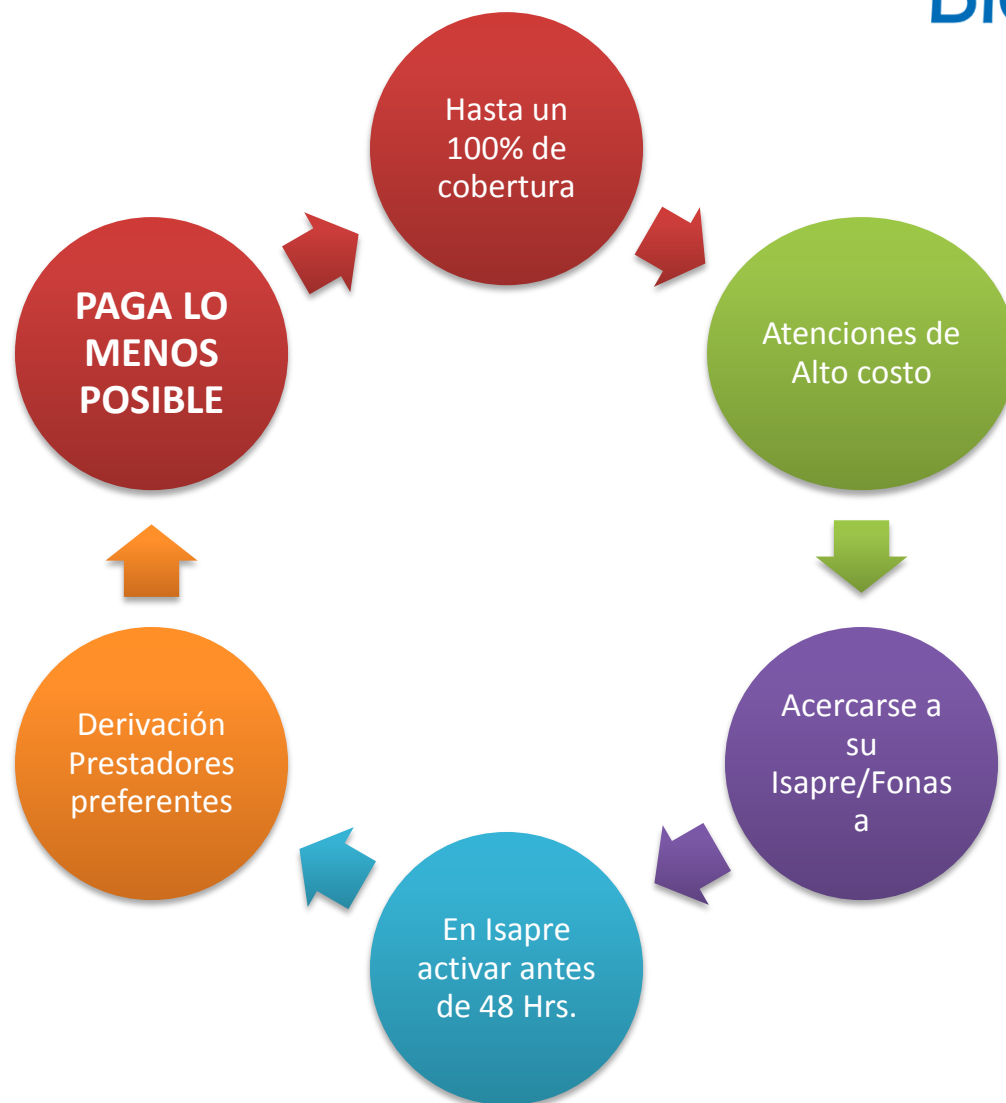


La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas Isapres (*) que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país y cubiertas por el plan de salud.

La CAEC se debe activar cuando un diagnóstico puede transformarse en una enfermedad catastrófica por el costo de las prestaciones que requerirá. El afiliado o beneficiario debe concurrir a su Isapre y solicitar la activación de la CAEC. Esta cobertura opera una vez que el monto de los copagos supera el deducible.

El deducible se calcula de acuerdo a la cotización pactada en el plan de salud. El deducible es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización pactada, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

Recuerde que su Seguro BCI reembolsa el 80% de sus gastos médicos o medicamentos corresponden a prestaciones cubiertas por el CAEC de su sistema de salud.



El Seguro Catastrófico del Fonasa cubre las siguientes prestaciones:

- ✓ Hemodiálisis y Peritoneodiálisis;
- ✓ Prestaciones Cardioquirúrgicas;
- ✓ Prestaciones Neuroquirúrgicas;
- ✓ Escoliosis;
- ✓ Trasplante Renal;
- ✓ Trasplante Hepático;
- ✓ Atención Integral al Paciente Fisurado;
- ✓ Atención de Urgencia al Paciente Quemado;
- ✓ Atención de Urgencia al Paciente con Trauma Complejo;
- ✓ Prestaciones del Grupo Quimioterapia;
- ✓ Prestaciones del Grupo Radioterapia;
- ✓ Tratamiento Farmacológico del VIH;

El tratamiento de estas enfermedades tienen una bonificación del 100% de cobertura financiera para todos los asegurados, independiente de su tramo que se atiendan por la Modalidad de Atención Institucional de la Red Pública y accedan a través del Consultorio de Atención Primaria de Urgencia.

Farmacias en convenio con Bci Seguros



Farmacias Salcobrand

- Bonificación Medicamento de Marca 40%
- Bonificación Medicamento Genérico 80%

Farmacias Ahumada

- Bonificación Medicamento de Marca 40%
- Bonificación Medicamento Genérico 80%

Farmacias Cruz Verde

- Bonificación Medicamento de Marca 40%
- Bonificación Medicamento Genérico 80%

Como hacer uso del convenio en Farmacias-Salcobrand - Cruz Verde y Ahumada



Presentar receta médica

Presentar cedula de identidad

Indicar el convenio con Bci Seguros

Programa PAD FONASA



El Programa de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), también llamado “Cuenta Conocida”, son 73 prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o problema de salud determinado.

El Programa PAD es una alternativa disponible dentro de la red Privada, a través de la Modalidad Libre Elección (MLE), y considera la resolución de la patología, más las complicaciones que puedan derivarse de ella, y el reparamiento de eventuales lesiones involuntarias producidas durante la hospitalización y/o intervención quirúrgica.

Todas las atenciones en el marco del Programa PAD tienen un valor fijo y conocido de antemano.

Requisitos programa PAD



- ✓ Para acceder al Programa PAD es necesario que el paciente corresponda a un cotizante o carga de Fonasa, tal como se exige para cualquier otra atención médica entregada en la red Privada (Modalidad MLE). En otras palabras, el paciente debe estar clasificado en el [tramo de ingreso B, C o D.](#)
- ✓ Adicionalmente, es necesario que el paciente cuente con la orden de un médico tratante, que autorice sobre la pertinencia de la atención PAD.
- ✓ Con ello resuelto, el paciente debe seleccionar el establecimiento de salud en convenio con Fonasa para la realización del procedimiento. Actualmente existen más de 600 instituciones en convenio para su realización, a lo largo de todo Chile.

Ley de Urgencia



¿Qué es una atención de urgencia o emergencia vital?

Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable. Ninguna Institución de salud puede negarle a un paciente la atención rápida a una urgencia vital ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgarla. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida.

Requisitos para atenderse por Ley de Urgencia

- ✓ El problema de salud debe ser una "urgencia vital".
- ✓ Es el médico del servicio de urgencia quien lo categoriza como tal.

Ley de Urgencia



Ingreso a la Clínica u Hospital

- ✓ Para un beneficiario de Fonasa: La puerta de entrada idealmente debiera ser un Establecimiento de salud del Servicio Público. Si dada la circunstancia de urgencia el beneficiario se atiende fuera de esta red, es decir, en un establecimiento privado, de todas maneras corresponde que le cubra la Ley de Urgencia hasta que es trasladado a su red de acuerdo a indicación médica.
- ✓ Para un beneficiario de Isapre: La puerta de entrada idealmente es el establecimiento de salud indicado por su Isapre de acuerdo a los convenios de su plan de salud. Si dada la circunstancia de urgencia el beneficiario se atiende fuera de esta red le cubrirá la Ley de Urgencia hasta ser trasladado a su red de acuerdo a indicación médica.

Ley de Urgencia



PROCEDIMIENTO

El médico que recibe al paciente debe acreditar que el estado sea efectivamente el de urgencia vital o secuela funcional grave, y no otro diferente. Al acreditarse tal condición desde el punto de vista clínico, se registra la fecha y hora de ingreso al servicio de urgencia, se emite un Certificado de Emergencia hacia la Unidad de Gestión Camas Críticas (UGCC), y recién entonces comienzan las atenciones de estabilización.

Es obligación del médico, además, informar al afectado y/o a sus familiares directos de los protocolos formales establecidos en la Ley de Urgencias.

En este proceso se busca restablecer el equilibrio de las funciones vitales del paciente, o la superación del riesgo de secuela funcional grave, de modo que, aún poseyendo alguna patología o problema de salud no resuelto (pero controlado), pueda contar con las condiciones mínimas para ser trasladado a una unidad fuera del servicio de urgencias, en el mismo o en otro establecimiento.

Ley de Urgencia



FINANCIAMIENTO

No es gratuito. Fonasa o las Isapres pagan directamente al hospital o clínica, cobrando posteriormente al paciente la parte que corresponde (copago).

Para pagar la deuda se tiene la posibilidad de acceder a un préstamo legal que, obligatoriamente, debe brindar su seguro (Fonasa o Isapre), el cual permite financiar desde el ingreso y hasta la estabilización del paciente.

¿Cómo paga el afiliado este préstamo?

El valor de las cuotas dependerá de su renta o pensión imponible y corresponderá a un máximo de:

- Cotizante dependiente, independiente, pensionado: 5% de la renta imponible mensual
- Cotizante voluntario: Cotización pactada.

Ley Ricarte Soto



¿Qué es la Ley Ricardo Soto?

Es la Ley N° 20.850, de junio de 2015, del Ministerio de Salud, que "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos".

La Ley entrega protección financiera a condiciones específicas de salud, esto significa que la previsión de salud del paciente desembolsará el 100% del valor total de la atención médica entregada bajo este programa, tales como en enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poco frecuentes, que hayan sido determinadas a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud. Otorga protección financiera a todos los usuarios de los sistemas previsionales de salud: FONASA, CAPREDENA, DIPRECA e ISAPRES.

La Ley Ricarte Soto garantiza a todos los pacientes el acceso, la oportunidad y el financiamiento para la entrega de los diagnósticos y tratamientos que están incluidos en la normativa.

NO PAGUES DE MÁS

UTILIZA BIEN TU SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD Y VIDA

Le recomendamos que se informe sobre las características del seguro, especialmente sobre sus beneficios, topes de cobertura y exclusiones en el sitio web bienestar.pjud.cl, accediendo a la opción “Seguro Comp. de Salud y Vida”. Para cualquier duda, la puede aclarar consultando al correo electrónico bienestar@pjud.cl, en nuestro Sitio Web: bienestar.pjud.cl. Recuerde que para consultas respecto al estado de sus solicitudes de reembolsos, datos personales, cargas familiares y beneficiarios registrados, puede obtener información directamente en el sitio www.conveniomaticobcisegueros.cl, accediendo con su número de Rut y clave secreta.