

## **REGLAMENTO DE DEVOLUCIONES DE GÁSTOS MÉDICOS**

El Departamento de Bienestar de la I. Municipalidad de Chillán, efectuará devoluciones de Gastos de Salud para sus afiliados(as) y sus cargas legales reconocidas de la forma que establece este reglamento:

### **ARTICULO 1°**

El Departamento de Bienestar de la I. Municipalidad de Chillán, otorgará reembolso de gastos médicos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del socio(a), sólo en la proporción y hasta la suma máxima indicada en cuadro de Beneficios, este reembolso será sobre gastos médicos razonables y acostumbrados, en que haya incurrido efectivamente por un(a) socio(a) a consecuencia de una incapacidad cubierta.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los(as) asegurados(as) **sólo dentro del territorio nacional**, de acuerdo a los términos, porcentajes y límites establecidos.

### **ARTICULO 2°**

La Cobertura que podrá otorgar Bienestar, son las que a continuación se indican, siempre y cuando se cuente para ello con la disponibilidad presupuestaria y de caja en el Presupuesto de Bienestar Vigente:

- A. BENEFICIO AMBULATORIO**
- B. BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN**
- C. BENEFICIO DE MATERNIDAD**
- D. BENEFICIO SALUD MENTAL**
- E. BENEFICIOS ADICIONALES**

### **ARTICULO 3°**

En caso de fallecimiento del socio(a) titular se entregará una **CUOTA POR FALLECIMIENTO equivalente a 100 UF el día del fallecimiento**, y ésta se pagará a quien el(la) socio(a) designe voluntariamente en formulario creado para tal efecto. De no haber manifestado su voluntad, se pagará una **cuota por fallecimiento a quien demuestre haber efectuado los gastos del funeral, hasta con un tope de 50 UF.**

*Si falleciere el o la cónyuge, o carga reconocida*, se entregará al(la) socio(a) una cuota por fallecimiento, desde **15 a 50 UF**, al valor de la UF del día del fallecimiento.

Lo anterior, previa presentación del Certificado de Defunción respectivo y la documentación que corresponda.

La cuota por fallecimiento será pagada de acuerdo, a lo establecido, en el Formulario de Designación de Beneficiarios, con un **máximo de cinco beneficiarios(as)**.

#### **ARTICULO 4°**

Para que los(as) socios(as) puedan solicitar los beneficios que otorga este Reglamento deberán adjuntar a la respectiva solicitud, documentos originales. Quien presente documentación falsa o adulterada deberá restituir las sumas percibidas indebidamente con un recargo del 100% de su valor, el cálculo se efectuará al momento que efectivamente sean restituidos los valores.

#### **PLAZO PARA PRESENTAR DOCUMENTOS**

Toda documentación y antecedentes para reembolsar gastos médicos, **tendrán un plazo de 90 días para ser presentados, contados desde la fecha de emisión de los documentos.**

El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizarán desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios.

#### **CONDICIONES DE COBERTURA SALUD**

a) La cobertura de Salud reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del socio(a), sólo en la proporción y hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios incluido en el presente reglamento.

Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema de salud y/o sea que no estén codificados, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo, con tope anual de 15 UF.

En este caso, se deben presentar los documentos originales timbrados como NO REEMBOLSABLE O NO BONIFICABLE por parte de Fonasa o Isapre.

b) El ítem Honorarios Médicos y Servicios Hospitalarios cubre derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia terrestre (radio de 50 Km.) y servicio de enfermería.

c) Se liquidará y Bonificará parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el (la) socio(a) quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables pertinentes.

d) Se cubrirá la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos de control ginecológico.

e) Se cubrirá la silla de ruedas en la cobertura de Órtesis y Prótesis.

**f) Se incluye dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular (refractiva) con una dioptría 5 o superior.**

g) Se entenderá por **obesidad mórbida**, la obesidad cuyo **índice de masa corporal (IMC) sea mayor o igual a 40**. Esta se cubrirá siempre y cuando el asegurado sea mayor a 18 años. Todos los gastos correspondientes a consultas, exámenes, procedimientos, tratamientos, incluyendo la cirugía y los medicamentos, serán cubiertos bajo el ítem correspondiente al cuadro de beneficios.

No obstante, en los casos de **asegurados con IMC mayor o igual a 35 con patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones**, los gastos serán sometidos a **evaluación por parte de la directiva del Depto. de Bienestar, a fin de determinar la procedencia de la cobertura.**

Los casos no contemplados en los puntos anteriores, no tendrán cobertura.

h) **Gastos Complicaciones Embarazo/Parto:** Respecto a las complicaciones del embarazo éstas se cubrirán de la siguiente manera, si corresponde a gastos ambulatorios se cubrirán bajo la presentación ambulatoria correspondiente, y si requiere ser hospitalizada estará cubierto por el ítem de maternidad, bajo la presentación Complicaciones del Embarazo. En consecuencia, si el evento termina en parto, los días previos de hospitalización serán cubiertos por ítem complicaciones del embarazo y a contar del parto será cubierto el ítem complicaciones de parto según sea el evento. Es importante que de recurrir una situación como ésta el beneficiario deberá presentar cuentas separadas

Se considerarán complicaciones del parto los gastos generados después de que se supere por más de 2 días el número de días considerados usuales en el parto (3 días parto normal y 4 días cesárea), o aquellas hospitalizaciones ocurridas con posterioridad al alta que generó el parto.

Para ello el Departamento de Bienestar solicitará la historia clínica, que permite registrar el tipo de complicación que justifique una permanencia superior a lo habitual.

También se considerarán complicaciones del parto lo siguiente: congestión mamaria, metrorragia (sangramiento vaginal) post/cesárea, hematoma, o inflamación en la región de la episiotomía (en partos normales), dolor o inflamación en la herida operatoria (cesárea), fiebre (endometritis u otras infecciones) y preclampsia.

No se considerará complicaciones del parto la permanencia materna en la clínica si el bebé presenta algún tipo de complicación o patología.

i) Se otorgará cobertura para **Hormona del Crecimiento por talla baja, siempre y cuando esta condición sea producto de alteraciones tumorales del cerebro y/o endocrinas.**

Adicionalmente esta cobertura aplicará sólo para beneficiarios **menores de 10 años.**

Dado lo anterior, **no tendrá cobertura cuando la condición de talla baja sea producto de variantes normales del crecimiento, como talla baja familiar o retraso de crecimiento constitucional.**

j) Se otorgará cobertura a los tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo cuando éstos sean prescritos por un médico para el tratamiento curativo de patología como mioma, ovarios poliquísticos, endometriosis. En estos casos, está sujeto a evaluación del directorio del Comité de Bienestar.

k) Las prestaciones como **Psicología, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Nutricionista** es requisito que sean **derivadas por un profesional médico**, el cual deberá extender una orden médica donde señale el tipo de tratamiento.

## **ARTICULO 5° EXCLUSIONES**

El Departamento de Bienestar no reembolsará los siguientes gastos médicos en que haya incurrido el (la) socio(a) que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación:

- a) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadoras, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento.
- b) Estudios de diagnósticos, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.
- c) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente.
- d) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- e) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.
- f) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

- g) Oriopreservación, compra de células madres, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- h) Vacunas e inyecciones intramusculares, a excepción de los gastos por control de niño(a) sano, hasta los 12 años de edad.**
- i) Los gastos médicos que hayan sido cubiertos con los excedentes de cotizaciones de salud, podrán ser reembolsados, mediante documentos originales que acrediten su pago de acuerdo a lo señalado en el Dictamen Contraloría General de la República N° 9.436 de fecha 20.03.2017.

## CUADRO DE BENEFICIOS PARA REEMBOLSOS MÉDICOS

CUADRO DE BENEFICIOS				
I. GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso		Tope	
	Vía Reembolso	Con Bono		
Consultas Médicas	50 %	70 %	UF 0,50 por consulta	UF 10 Anual
Exámenes y Procedimientos	40 %	60 %	UF 12 Anual	
Cirugía Ambulatoria (Incluye Cirugía ocular con Dioptrías Igual o Superior a 5) (mayores de 20 años de edad)	60 %	60 %	UF 20 Anual	
Medicamentos	50 %	50 %	UF 15 Anual	
II. GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso		Tope	
	Vía Reembolso	Con Bono		
Día Cama, hasta 30 días	70 %	70 %	UF 20 Anual	
Servicios Hospitalarios (Incluye derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia (radio de 50 Km.) y servicio de enfermería).	50 %	50 %		
Honorarios Médicos Quirúrgicos (HMQ)	50 %	50 %		
III. MATERNIDAD	% Reembolso		Tope	
	Vía Reembolso	Con Bono		
Parto Normal	50 %	50 %	UF 15 Anual	
Cesárea	50 %	50 %	UF 20 Anual	
Aborto no provocado	50 %	50 %	UF 10 Anual	
Complicaciones del Embarazo o del Parto	50 %	50 %	UF 20 Anual	
IV. SALUD MENTAL (Psiquiatría. Psicología, Psicopedagogía)	% Reembolso		Tope	
	Vía Reembolso	Con Bono		
Consulta y Tratamientos	50 %	50 %	UF 0.5 Por Sesión	UF 10 Tope Anual
Gastos Hospitalarios	50 %	50 %	15 UF Tope Anual	
V. EXTENSIÓN DE BENEFICIOS	% Reembolso		Tope	
	Vía Reembolso	Con Bono		
Óptica (Incluye Marcos, Cristales y Lentes de Contacto)	70 %	70 %	UF 3 Anual	
Prótesis y Órtesis (Incluyendo Audífonos y Sillas de Ruedas)	70 %	70 %	UF 15 Anual	
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o Fonasa	50 %			
Gastos No Codificados	50 %			
VII. DEDUCIBLE ANUAL POR GRUPO FAMILIAR (El deducible es acumulativo durante el año)				
Socio(a) solo(a)	UF 0.25			
Socio(a) con una carga	UF 0.5			
Socio(a) con dos o más cargas	UF 0.75			
VIII. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO				
UF 200 Anual por socio(a)				

## **ARTICULO 6°**

### **DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

Como se señaló en el Artículo N° 2, las coberturas a reembolsar por el Departamento de Bienestar son las siguientes:

#### **a) BENEFICIO AMBULATORIO**

Se reembolsaran los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, proveniente de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante.

Las prestaciones a reembolsar son:

- **Consultas Médicas**
- **Exámenes de laboratorio, imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear. Procedimientos de Diagnostico, Procedimientos Terapéuticos**
- **Cirugía Ambulatoria:** bajo esta categoría se reembolsarán los gastos médicos en que incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los sub-ítems de Servicio Hospitalario y Honorarios Médicos Quirúrgicos descritos en el punto b) de este reglamento.
- **Medicamentos (marca y genérico):** medicamentos que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.  
Así como también, medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo.

El Departamento de Bienestar reembolsará los gastos incurridos por medicamentos los cuales deben ser **recetados exclusivamente por un médico.**

#### **b) BENEFICIO DE HOSPITALIZACION**

El Departamento de Bienestar reembolsará los gastos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, en los términos, porcentajes y límites definidos en el Cuadro de Beneficios.

Las prestaciones a reembolsar son las siguientes:

- **Día Cama:** Gastos por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada durante la hospitalización.
- **Servicios Hospitalarios:** Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en el punto anterior, tales como salas de urgencia; derecho a pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e Imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear; procedimientos especiales, equipos, insumos y

medicamentos; otros gastos suministrados durante la hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó.

- **Honorarios Médicos Quirúrgicos:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado;
- **Cirugía Dental por Accidente:** entendiéndose ésta como **tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (06) meses siguientes al accidente.** El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- **Servicio privado de Enfermería:** es el servicio privado otorgado **por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.**
- **Servicio de Ambulancia:** es el servicio de traslado **vía terrestre en una ambulancia para conducir al socio(a) desde y hacia un hospital, dentro de un radio de 50 kms.**

#### c) **BENEFICIO DE MATERNIDAD**

El Departamento de Bienestar reembolsará los gastos médicos provenientes de una hospitalización en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional que tenga la socia y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

En el cuadro de beneficios se establecen términos, porcentajes y límites diferenciados para cada uno de los siguientes ítems:

- *Parto Normal*
- *Cesárea*
- *Aborto no provocado*
- *Complicaciones del Embarazo o del Parto*

Las prestaciones que se cubre bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en el punto b), sub-ítems de Días Cama, Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgico, todas las cuales se reembolsaran en los términos, porcentajes y límites definidos para cada ítem de este beneficio en el Cuadro de Beneficios. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por el Sistema de Bienestar. Se reembolsaran bajo esta cobertura sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge, y/o recién nacido hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario, respectivamente. Los gastos en que incurra el socio(a) titular, cónyuge o recién nacido, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, podrán ser reembolsados bajo el ítem complicaciones del parto, sólo si quien incurre en el gasto tiene la calidad de socio(a) o carga familiar.



#### d) BENEFICIO SALUD MENTAL

El Departamento de Bienestar reembolsara los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en los términos, porcentajes y límites establecidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios.

Las prestaciones o servicios que contempla este beneficio son los siguientes:

- **Consulta y Tratamiento:** se refiere a los gastos por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de gastos de Psicología y Psicopedagogía es requisito la orden de derivación del médico tratante.

**Además se reembolsará el tratamiento, entendiéndose únicamente los medicamentos psiquiátricos ambulatorios prescritos por un médico psiquiatra.**

- **Gastos Hospitalarios:** en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue.

#### e) BENEFICIOS ADICIONALES

El Departamento de Bienestar reembolsará los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema salud previsional, en los términos, porcentajes y límites señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios.

Las prestaciones son las siguientes:

- **Óptica:** lo que incluye todo tipo de gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el Oftalmólogo Tecnólogo médico con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, **excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T).**

- **Cirugía Ocular Lásik:** comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando él (la) socio(a) acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los eventos de **Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 5 dioptrías.**

**No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberro métricos o astigmatismo irregular. Además para que el socio(a) o sus cargas tengan cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de 20 años de edad a la fecha de prestación.**

- **Prótesis y Órtesis:** que comprende todos los gastos derivados de aparatos de prótesis, vale decir, aparatos que reemplazan temporal o permanentemente, un órgano o parte del

mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, **se excluye la cobertura de prótesis maxilofaciales, como también los implantes cocleares.**

El Departamento de Bienestar no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el (la) socio(a), así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en el Cuadro de Beneficios.

## **ARTICULO 7°**

Para una correcta presentación de la Solicitud de Reembolso, se debe considerar las siguientes indicaciones:

- a) Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa u otras coberturas de salud que tuviera contratada.
- b) Es imprescindible que se adjunten todos los documentos originales de los gastos presentados y que se complete correctamente la Solicitud de Reembolso, la cual debe estar timbrada y firmada por el médico tratante.
- c) Para obtener reembolso de gastos por medicamentos, el (la) socio(a) deberá presentar la receta válidamente emitida, entendiéndose que ésta sea receta original, legible, con nombre del paciente, medicamento, fecha y timbre del médico tratante.

**Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados, se debe presentar la primera vez el original de la receta y luego fotocopia timbrada por la farmacia junto a la boleta. Además ésta deberá ser timbrada y firmada por el Departamento de Bienestar para su autorización. La receta original se le entregará al socio y el Departamento de Bienestar quedará con la Fotocopia autorizada.**

**Las recetas permanentes tienen una duración de doce meses desde su fecha de emisión.**

En caso de recetas retenidas por la farmacia, debe presentar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento indicando que el original queda en su poder.

- d) Para reembolsos de Hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bono si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como fotocopia de facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
- e) Se considerará Continuación de Tratamiento sólo cuando el (la) socio(a) haya presentado documentación anterior de acuerdo con la dolencia y diagnóstico inicial.
- f) Para reembolso de óptica, debe presentar orden médica junto al comprobante original de Isapre, Fonasa o Seguro.

- g) En el caso de gastos de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología y Nutricionista, se debe presentar orden médica para éstas interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o cantidad de sesiones.
- h) La Solicitud de Reembolso tiene un plazo máximo de presentación de 90 días a partir de la fecha del gasto.
- i) En caso de que el comprobante de Isapre no tenga el nombre del paciente, deberá adjuntar fotocopia de la boleta donde se indique el nombre del beneficiario y Rut de éste.
- j) **EXAMENES:** Debe presentar Fotocopia de Orden de Exámenes, Bono o reembolso con las mismas condiciones anteriores.
- k) Modalidad de pago:
  - **BONO:** Original o copia cliente o afiliado(a).
  - **REEMBOLSO:** Comprobante de reembolso (emitido por Isapre o Fonasa), original cliente o afiliado y **fotocopia de Boleta o Factura reembolsada.**
- l) **DOCUMENTOS NO REEMBOLSADOS POR ISAPRES O FONASA,** deben ser presentados con un timbre “NO BONIFICADOS POR.....”, (según corresponda).

En cuanto a **lo no considerado en el presente reglamento o situaciones de carácter crítico, deberá ser analizado por la directiva del Departamento de Bienestar,** quienes determinaran si se procederá a reembolsar los gastos médicos cubiertos por los(as) socios(as).