

## “TABLA DE BENEFICIOS 2025”

<b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>			
<b>CONTEMPLADAS EN EL ARANCEL DE FONASA NIVEL 1</b>			
<i>La fecha de caducidad de las boletas o bonos se considera desde la fecha de emisión o prestación real no de la fecha de reembolso.</i>			
<b>CONSULTA MEDICA</b>	Es la atención profesional otorgada por médico en Consulta particular, Centro Médico, Consultorio de atención primaria, Servicio de Urgencia o domiciliarias	<b>\$ 140.000.-</b>	- Solicitud. - Copias de Bonos de Atención - Reembolso Isapre/Seguro
<b>EXÁMENES</b>	Son aquellas prestaciones médicas de carácter diagnóstico: Incluye Exámenes de Rayos X, Laboratorio Clínico, Histopatológicos y/o Especializado.	<b>\$ 220.000.-</b>	- Solicitud. • Copia de Bonos de Atención Reembolso Isapre/Seguro
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	Corresponde a los días-cama por permanencia de un paciente en algún establecimiento asistencial.	<b>\$ 40.000.-</b>	- Solicitud - Copia Programa Médico y Bonos de Atención, reembolso Isapre/Seguro
<b>TRATAMIENTO ESPECIALIZADO</b>	Considera todo procedimiento terapéutico de Kinesioterapia, Medicina Física y/o Rehabilitación, Fonoaudiología, tratamiento del habla indicado por médico.	<b>\$ 120.000.-</b>	- Solicitud - Copia Programa Médico y Bonos de Atención, reembolso Isapre/Seguro.
<b>INTERVENCIÓN QUIRURGICA</b>	Comprende intervenciones quirúrgicas, obstétricas, traumatológicas. <u>NO ESTETICO/ Art. 15 D.S. N° 28</u>	<b>\$ 120.000.-</b>	- Solicitud Programa Médico y Bonos de Atención, reembolso Isapre/Seguro -Para hacer uso del beneficio debe tener <u>6 meses</u> de antigüedad en bienestar
<b>MEDICAMENTOS</b>	Todo elemento farmacológico indicado por prescripción médica con fines terapéuticos (curativos). -	<b>\$ 195.000.-</b>	- Solicitud - Receta Médica - Boleta de Compra con especificación productos adquiridos.
<b>INSUMOS</b>	Elemento farmacológico utilizado para realización de examen indicado por el médico. (Medio de contraste, laxante y glucosa.	<b>\$ 40.000.-</b>	- Solicitud - Receta Médica con diagnóstico - Boleta o Factura que especifique producto adquirido.
<b>ATENCION ANESTESISTA</b>	Corresponde a la utilización de esta, para alguna operación o examen que lo requiera por indicación médica.	<b>\$ 30.000.-</b>	- Solicitud - Receta Médica con diagnóstico - Boleta, reembolso Isapre/Seguro o Factura que especifique producto adquirido.

**LOS AFILIADOS A ISAPRE O SEGUROS DE SALUD DEBERÁN PRESENTAR EN ESTAS ENTIDADES SUS BOLETAS U OTROS DOCUMENTOS MÉDICOS PARA LUEGO SER REEMBOLSADOS EN EL SERVICIO DE BIENESTAR ART.1° DEL D.S. N° 28.**

**BENEFICIO ODONTOLÓGICO**

<p><b>ATENCION ODONTOLOGICA</b></p>	<p>Comprende consulta odontológica, ex. Radiológico, Radiografías dentales, cirugía dental y todo tratamiento dental. <u>Existen dos alternativas:</u> A.- Uso Convenio Salud Personal HRA = 100 cupos B.- Bonificación del Gasto.</p>	<p><b>\$ 170.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Presupuesto Dental</li> <li>- Boleta de honorarios y/o comprobante de pago.</li> <li>- Para hacer uso del beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> </ul>
-------------------------------------	--	----------------------------	--

**BENEFICIO ÓPTICO**

<p><b>LENTES OPTICOS</b></p>	<p>Corresponde a la compra de lentes ópticos y/o lentes de contacto. Recetados por facultativo. Cubre armazón y vidrios. <u>La reparación solo será por Bonificación del gasto Existen dos alternativas:</u> A.- Uso de Convenio B.- Bonificación del gasto</p>	<p><b>\$ 110.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Receta Médica</li> <li>- Presupuesto de la Óptica autorizado por el afiliado.</li> <li>- Reembolso en Fonasa, Isapre y/o seguro salud.</li> <li>- Para hacer uso del beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> </ul>
------------------------------	---	----------------------------	---

**BENEFICIO ORTOPÉDICO Y AUDIFONO**

<p><b>APARATOS ORTOPEDICOS Y AUDIFONOS</b></p>	<p>Corresponde a la adquisición de cualquier aparato ortopédico y audífonos indicado por médico especialista (plantillas, bastones, zapatos ortopédicos, etc.)</p>	<p><b>\$ 40.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Receta Médica con diagnóstico</li> <li>- Boleta, reembolso Isapre/Seguro o Factura que especifique producto adquirido*.</li> </ul>
--	--	---------------------------	--

**SUBSIDIOS**

<p><b>NACIMIENTO</b></p>	<p>Cuando el afiliado compruebe con el instrumento público correspondiente el nacimiento de un hijo. Si ambos padres fuesen afiliados el beneficio lo percibirán ambos. En caso de nacimientos múltiples, se otorgarán tantas ayudas como hijos nazcan.</p>	<p><b>\$ 55.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Certificado de nacimiento original</li> <li>- Para obtener el beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> <li>- <b>Plazo vencimiento 3 meses</b> desde evento para cobro de beneficio.</li> </ul>
<p><b>MATRIMONIO</b></p>	<p>Cuando el afiliado contraiga matrimonio. Si ambos contrayentes fuesen afiliados el beneficio se pagará a cada uno de ellos en forma independiente.</p>	<p><b>\$ 55.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Certificado de matrimonio original</li> <li>- Para obtener el beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> <li>- <b>Plazo vencimiento 3 meses</b> desde evento para cobro de beneficio.</li> </ul>
<p><b>FALLECIMIENTO</b></p>	<p>Al fallecimiento de un afiliado y/o <b>sus cargas familiares reconocidas.</b></p>	<p><b>\$ 250.000.-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud</li> <li>- Certificado de defunción original</li> <li>- En caso fallecimiento afiliado adjuntar solicitud y nombre de quien corresponda recibir el beneficio.</li> <li>- Para obtener el beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> <li>- <b>Plazo vencimiento 3 meses</b> desde evento para cobro de beneficio.</li> </ul>

BECAS PARA AFILIADOS			
<b>BECA ESCOLAR ENSEÑANZA SUPERIOR AFILIADO</b>	Esta beca <b>beneficia por UNICA vez sólo al afiliado</b> que cursa enseñanza superior or universitaria acreditada y esté en el último <b>semestre, ciclo o módulo de su carrera.</b> <b>Becas Disponibles = 30</b> (Excluye: DIPLOMADOS)	\$ 250.000	<p><b>AFILIADO CON 1 AÑO DE ANTIGUEDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud.</li> <li>- Certificado de alumno regular que acredite que <b>está cursando el último semestre, ciclo o módulo de estudio en Universidad acreditada.</b></li> <li>- Informe Social del establecimiento.</li> <li>- Para optar deben tener <b>1 año</b> de antigüedad en bienestar.</li> </ul>

EDUCACIÓN BONO SCOLAR			
<b>TRANSICION MENOR- MAYOR- KINDER</b>	Bono de Transición Menor, Mayor y Kinder.	\$ 45.000.-	<p><b>AFILIADO Y CARGAS FAMILIARES</b></p> <p><b>TOPE \$ 280.000.- AL AÑO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Solicitud</li> <li>-Certificado alumno regular cargas legales autorizado por personal.</li> <li>-Para obtener el beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> </ul>
<b>EDUCACION BÁSICA</b>	Bono de Educación Básica.	\$ 55.000.-	
<b>EDUCACION MEDIA</b>	Bono de Enseñanza Media Científico-Humanista o Técnica Especializada.	\$ 65.000.-	
<b>EDUCACION SUPERIOR</b>	Para alumnos de Enseñanza Superior en Universidades, Institutos profesionales y/o Centros de Formación Técnica acreditados. (Excluye: DIPLOMADOS)	\$ 85.000.-	

PRÉSTAMOS					
\$ 350.000	12 %	10	\$ 36.855.-	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No tener deuda pendiente con el Bienestar.</li> <li>-Tener Capacidad de endeudamiento.</li> <li>- 2 codeudores solidarios con capacidad de endeudamiento. (Deben tener 6 meses de antigüedad en bienestar).</li> <li>-<b>Solo se podrá optar 1 vez al año para que más socios puedan obtener al beneficio.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Solicitud más Liquidación de sueldo del último mes pago del afiliado y sus avales.</li> <li>-Para optar a este beneficio debe tener <b>6 meses</b> de antigüedad en bienestar.</li> <li>- <b>240 Cupos de préstamos anuales.</b> (Según cupos por localidad).</li> </ul>

**El plazo para que se haga efectivo el préstamo de auxilio, es de 5 días hábiles, desde que llega al SSA.**

### **ASPECTOS REGLAMENTARIOS**

- 1.- El Servicio de Bienestar financiará las solicitudes siempre y cuando éstas se ajusten a los requerimientos señalados y para lo cual se debe verificar previamente la disponibilidad presupuestaria, aprobada por la Superintendencia de Seguridad Social (**SUSESO**) y la Comisión Administrativa de Bienestar. Una vez cerrada la recepción de beneficios los bonos y boletas que aún tengan vigencia (6 meses del momento de su emisión) podrán ser presentados al año siguiente, con cargo al presupuesto del nuevo periodo.
- 2.- Los funcionarios para ingresar al Servicio de Bienestar deberán tener a **lo MENOS 3 MESES DE ANTIGÜEDAD Y UN CONTRATO DE A LO MENOS UN AÑO O HASTA EL 31 DE DICIEMBRE.**
- 3.- En caso de funcionarios afiliados que estén haciendo uso de permiso sin goce de sueldo, no podrán solicitar beneficios de bienestar a no ser que enteren mensualmente el equivalente a la última cotización (**1.5% renta**) por los meses que permanezca en esta condición, más lo correspondiente al aporte institucional el cual se fijó para el presente año en \$ **15.110.- CABE SEÑALAR QUE TRES MESES DE COTIZACIÓN IMPAGA ES CAUSAL DE DESAFILIACIÓN.**
- 4.- Respecto a los afiliados Pasivos, deberán mantener sus cotizaciones al día, equivalente al 1% de su pensión (descontando FONASA y Bono Post laboral o Daño Previsional) más el equivalente al aporte institucional el cual de fijo para el presente año en \$ **13.740.- CABE SEÑALAR QUE TRES MESES DE COTIZACIÓN IMPAGA ES CAUSAL DE DESAFILIACIÓN.**
- 5.- Los beneficios se pagarán con referencia al Arancel Nivel 1 de FONASA vigente de acuerdo con el código de la prestación y hasta el tope anual fijado en este documento.
- 6.- Los funcionarios afiliados tendrán derecho a percibir los beneficios facultativos, subsidios, préstamos a contar de los **SEIS MESES DE AFILIACIÓN Y PARA LA BECA DE ESTUDIO 1 AÑO DE AFILIACIÓN.** Con excepción del Beneficio de Navidad para el cual deberá POSEER **6 MESES DE COTIZACIONES AL 30 DE NOVIEMBRE (ES DECIR PRIMERA COTIZACIÓN MES DE JUNIO).**
- 7.- Los funcionarios afiliados tendrán derecho a percibir beneficios médicos desde el momento en que se haga efectivo el **primer descuento como socio** con excepción de los Beneficios **OPTICO Y DENTAL QUE SU ANTIGÜEDAD DEBE SER 6 MESES.**  
En caso de contar con Convenio DENTAL Y OPTICO, se debe utilizar mediante órdenes de atención para uso las cuales tendrán una vigencia de 30 días desde la fecha de emisión. **ESTAS ORDENES DENTALES Y ÓPTICAS SE ENTREGARÁN SÓLO SI EL AFILIADO PRESENTA EL PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE, PARA LO CUAL ÉL O LAS ASISTENTES SOCIALES DEBERÁN VERIFICAR ESTA CONDICIÓN EN LA OPCIÓN CARTOLA MOVIMIENTO AFILIADO DEL MÓDULO DE BIENESTAR EN SIRH.**
- 8.- **El plazo para presentar las Solicitudes de subsidios Escolares será entre el 10 FEBRERO 2025 AL 30 MAYO 2025**  
A su vez el plazo para presentar solicitudes Beca de Estudio será el día **28 DE NOVIEMBRE DE 2025.**
- 9.- Los Beneficios de Atención Dental y Adquisición de Lentes ópticos son de libre elección para el afiliado y sus cargas.
- 10.- El o la Asistente Social, Encargada de Bienestar del establecimiento estará obligado(a) al momento de recibir las solicitudes de beneficio verificar, en el Módulo de Bienestar del SIRH (Cartola Movimientos Afiliado), la calidad de afiliado activo del funcionario, además del pago de sus cotizaciones y dejar constancia de su calidad previsional (Fonasa o Isapre).
- 11.- El o la asistente social encargada de bienestar del establecimiento estará obligada a verificar en el SIRH la vigencia de las cargas familiares por las cuales se solicita devolución de beneficios. de no estar vigente es responsabilidad del afiliado tramitar la prórroga de carga en la respectiva oficina de personal de su establecimiento de origen.
- 12.- El o las Asistentes Sociales del establecimiento no recepcionarán Solicitudes de Beneficios incompletas, las cuales deberán ser devueltas a los afiliados para su regularización. En caso de que los documentos caduquen será de responsabilidad exclusiva del afiliado.
- 13.- El o la Asistente social, Encargada de Bienestar de cada establecimiento se encuentran facultadas para devolver al afiliado las solicitudes enmendadas, por lo que no podrán ser tramitadas para reembolso correspondiente. A la vez podrá rechazar toda documentación que no cumpla con los requisitos establecidos en el manual de procedimiento de Bienestar:

**IMPORTANTE**

- a) ***La receta y la boleta deben ser concordantes en la fecha de emisión, pues no puede la boleta tener fecha de compra anterior a la fecha de emisión de la receta médica. Si esto ocurre el Servicio de Bienestar no reembolsará el beneficio, de acuerdo a lo establecido en el Manual de procedimiento de Bienestar.***
- b) ***Debe existir concordancia entre la especialidad del facultativo que firma y emite la receta médica con lo indicado en dicho documento.***
- c) ***El correlativo de cada receta entregada debe ser concordante a la vez con la fecha de emisión de la misma.***
- d) ***Considerando lo anterior, las Encargadas de Bienestar de los establecimientos se encuentran facultadas para rechazar toda documentación que no cumpla con los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Administrativos del Servicio de Bienestar.***

En caso de detectar alguna irregularidad, en forma paralela a lo determinado por el Consejo Administrativo, **EL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO DE SALUD DE ANTOFAGASTA, A TRAVÉS DE LA AUTORIDAD MÁXIMA, PODRÁ SOLICITAR A LOS DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS, REALIZAR INVESTIGACIÓN Y/O INSTRUIR MEDIDAS ADMINISTRATIVAS EN CASO DE DETECTAR IRREGULARIDADES EN LA EMISIÓN DE RECETAS O PRESENTACIÓN DE BOLETAS, ADULTERACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO O INCONGRUENCIAS ENTRE EL BOLETAS Y RECETAS.**

14.- Los bonos de prestaciones y bonificaciones médicas tienen una vigencia de seis meses, estos deben ser presentados dentro del plazo estipulados de lo contrario se consideran caducados no procediendo su reembolso (**INCLUYE BONOS DE ATENCIÓN, BOLETAS, RECETAS, ORDENES DE ATENCIÓN, ETC.**). Solo se exceptúan las recetas de Lentes Ópticos, las cuales tendrán una vigencia de 1 año, se permitirá la presentación de una fotocopia.

15.- Los funcionarios que hagan ingreso a Bienestar, con posterioridad al mes de Junio tendrán derecho a optar a un porcentaje del tope anual de beneficio según la siguiente tabla:

- PRIMER DESCUENTO MES DE JULIO	50%
- PRIMER DESCUENTO MES DE AGOSTO	40%
- PRIMER DESCUENTO MES DE SEPTIEMBRE	30%
- PRIMER DESCUENTO MES DE OCTUBRE	20%
- PRIMER DESCUENTO MES NOVIEMBRE	10%

**16.- Los FUNCIONARIOS AFILIADOS A ISAPRE Y/O SEGUROS COMPLEMENTARIOS SEGÚN ART. 1° D.S. N° 28, SOLO PODRÁN SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LA DIFERENCIA NO BONIFICADA POR DICHA ENTIDAD Y SIN QUE EL BENEFICIO SUPERE EL MONTO CANCELADO POR LA PRESTACIÓN. Para hacer uso de devolución deberá presentar la boleta original de la devolución más fotocopia de los bonos médicos adquiridos.**

17.- El Servicio de Bienestar reembolsará beneficios cancelados con excedentes.

18.- El Servicio de Bienestar y/o el Consejo Administrativo de Bienestar, están facultados a solicitar auditorias aleatorias, de atenciones o prestaciones otorgadas a través del uso de los convenios ópticos y dentales.

19.- El Servicio de Bienestar bonificará productos homeopáticos y de medicina natural solamente si la prescripción es realizada por un profesional médico dentro de un tratamiento con fines curativos, para lo cual se requerirá un certificado acreditando dicha condición.

20.- El Servicio de Bienestar bonificará la adquisición de lociones, cremas y demás insumos dermatológicos cuando son indicados por un profesional Dermatólogo. En caso de ser prescrito por otro médico, se bonificará siempre y cuando esté debidamente detallada en la receta la identificación del facultativo más el diagnóstico por el cual le fue indicado el producto.

- 21.- El Servicio de Bienestar bonificará la adquisición de complementos alimenticios, siempre y cuando se presente un certificado médico indicando el motivo de su prescripción.
- 22.- El Servicio de Bienestar bonificará la adquisición de anticonceptivos orales, siempre y cuando el médico tratante indique en la receta o certificado que es para fines curativos frente a patología ginecológicas.
- 23.- El o la Asistente Social de cada establecimiento, al recepcionar Solicitudes de Beneficios deberá hacer entrega al afiliado de un comprobante (en original) donde se registrará el tipo y número de documentos, consignado la fecha en que se recibieron los antecedentes.
- 24.- El servicio de Bienestar entregará en forma excepcional copias de documentación por un periodo máximo de 3 meses siendo responsabilidad del afiliado sacar las copias pertinentes.
- 25.- El servicio de Bienestar no se responsabilizará de cobros mal efectuados, siendo responsabilidad de los funcionarios revisar sus liquidaciones de sueldo y acudir al departamento que realizó el descuento.
- 26.- Los asociados al Servicio de Bienestar, tienen la posibilidad de renunciar cuando lo estimen conveniente, siempre y cuando NO hayan utilizado ningún beneficio ni subsidio del año en curso. Quienes cumplan con este requisito **DEBEN PRESENTAR UNA CARTA ANTES DEL DÍA 30 DE CADA MES y con antelación a la fecha de cierre de remuneraciones.**
- 27.- Los afiliados que renuncien a Bienestar y posteriormente deseen reincorporarse no lo podrán hacer durante 1 año desde la fecha de su renuncia.
- 28.- El Servicio de Bienestar deberá informar oportunamente, una vez que el Consejo Administrativo así lo autorice, la Apertura y Cierre de cada periodo, utilizando para este efecto todos los canales disponibles a través de la red.

#### **CONSEJO ADMINISTRATIVO SERVICIO DE BIENESTAR**

*Favor entregar ordenados documentos de respaldo*

## SOLICITUD DE BENEFICIOS

**FECHA DE ENTREGA  
(DEPÓSITO EN BUZÓN)**

		<b>2025</b>
FOLIO INTERNO		

\*FECHA DE ENVIO A SSA

FOLIO DEL SISTEMA

### DATOS PERSONALES OBLIGATORIOS

NOMBRE DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

RUT DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_ UNIDAD \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

ISAPRE \_\_\_\_\_ ESPECIFICAR \_\_\_\_\_ FONASA \_\_\_\_\_

Nº LINEA	Nº DE PRESTACIÓN		NOMBRE DEL BENEFICIO SOLICITADO	DOCUMENTOS DE RESPALDO		VALOR SOLICITADO (\$ valor cancelado por el afiliado)	VALOR AUTORIZADO POR SISTEMA (solo bienestar completa esta columna)
	1			2			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

OBSERVACIONES:

---



---



---



FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA ASISTENTE SOCIAL

REVISADO POR JEFE DE BIENESTAR SSA

FECHA DE REVISIÓN