ANEXO MANUAL DE USUARIO
PARA REEMBOLSOS DENTALES

Enero 2026.

El siguiente anexo tiene la finalidad de entregar mayor detalle sobre los documentos que se deben presentar para el correcto uso del beneficio de reembolso dental del Servicio de Bienestar y así evitar rechazos en las solicitudes.

Le recomendamos revisar este documento con detalle, para comprender qué documentos se deben presentar obligatoriamente y como deben ser completados, con el fin de no cometer errores y aprovechar al máximo el beneficio dental.

Recuerde que todos los afiliados y afiliadas **activos** deben efectuar sus solicitudes de reembolso exclusivamente mediante esta plataforma, para lo cual es indispensable contar con **correo institucional vigente**. Y que los afiliados y afiliadas **jubilados** pueden acceder al sistema de Bienestar y realizar reembolsos utilizando su **ClaveÚnica**.

Finalmente, no olvidar que la adulteración de datos o el uso indebido del beneficio constituye causal de **expulsión total del Servicio de Bienestar** y se considera una **falta grave a la probidad**, por lo cual, la autoridad podrá determinar el inicio de una investigación sumaria o sumario administrativo.

¡Esperamos que sea de su utilidad!

Ante cualquier duda, agradecemos contactar a su Encargado de Bienestar regional y/o comuníquese con el **Centro de Atención Integral de Personas (CAIP)** al teléfono **26546060** o al correo **bienestar@junji.cl**.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA REEMBOLSOS DENTALES.

El afiliado o afiliada al Servicio de Bienestar debe presentar todos los documentos requeridos para el cobro del beneficio dental, conforme al **Manual del Afiliado (Ver AQUÍ)**.

Para ingresar la solicitud en la plataforma, se deben adjuntar como mínimo **tres documentos obligatorios**:

a. **Formulario de Solicitud de Reembolso Dental.**
b. **Documento tributario (boleta y/o voucher).**
c. **Presupuesto (orden dental en casos de radiografía o medicamentos).**

A continuación, se detallan las observaciones más relevantes que deben considerarse para evitar el **rechazo** de una solicitud.

A. FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DENTAL

El formulario de reembolso dental es un documento interno del Servicio de Bienestar y su uso es una **formalidad obligatoria** para tramitar el beneficio, por lo que su presentación es exigible a todos los afiliados y afiliadas.

El formulario debe ser **completado siempre por el dentista o centro dental** que efectuó la atención, por solo una persona, en representación de prestador, a fin de mantener uniformidad en el tipo de letra y en la información registrada. No obstante, existen dos casos especiales:

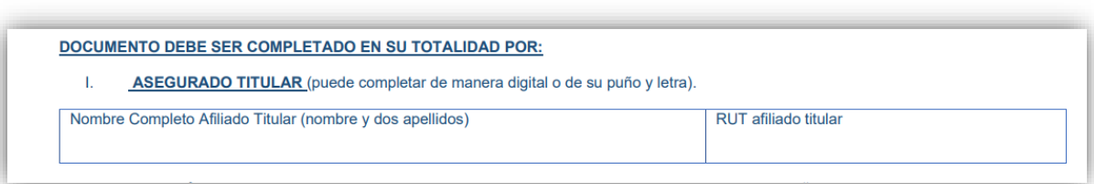
- Radiografías dentales: si fueron realizadas en un centro radiológico, distinto al dentista, debe adjuntarse la orden del dentista tratante que indique el procedimiento y el formulario debe completarse por el prestador de imágenes.

- Medicamentos dentales: el formulario puede ser completado por el afiliado o afiliada o por su médico tratante. En ambos casos debe adjuntarse la receta dental que indique el nombre del medicamento, la dosis correspondiente, nombre, firma y timbre del médico dental. Si el formulario es completado por el afiliado, deberá llenar únicamente los campos del titular y paciente, y en el detalle de prestaciones indicar “Se adjunta receta dental”. El documento debe ser firmado por el afiliado titular.

  Si lo completa el médico tratante, este debe completar los mismos campos y firmar como especialista.

Detalle de ítems del formulario dental:
Este documento corresponde a la última **versión “03/2024”**, siendo la única válida. Cualquier otra versión se considera **obsoleta**. Descargar **AQUÍ**.
El formulario se divide en ítems que deben ser completados en su totalidad, sin remarcaciones, enmendaduras ni adulteraciones de ningún tipo. Estas son:

1) Asegurado titular:



DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR:

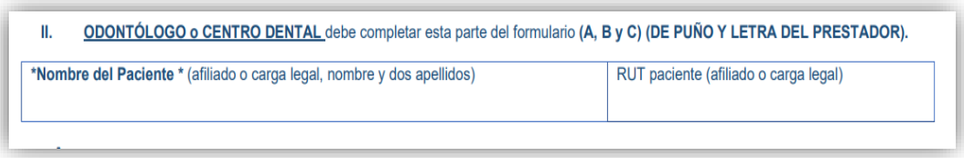
I. ASEGURADO TITULAR (puede completar de manera digital o de su puño y letra).

Nombre Completo Afiliado Titular (nombre y dos apellidos)	RUT afiliado titular

Debe completarse con los datos del afiliado o afiliada titular (nombre completo, dos apellidos y RUT). La información de este item puede ser ingresada de manera digital o escrita a mano y es el ÚNICO punto del formulario que puede ser completado por el titular o por el prestador.
Recuerde: si este campo no ha sido completado por el prestador o el afiliado/a titular, la solicitud será

rechazada.

2) Odontólogo o centro dental:



II. **ODONTÓLOGO o CENTRO DENTAL** debe completar esta parte del formulario **(A, B y C) (DE PUÑO Y LETRA DEL PRESTADOR).**

***Nombre del Paciente *** (afiliado o carga legal, nombre y dos apellidos)	RUT paciente (afiliado o carga legal)

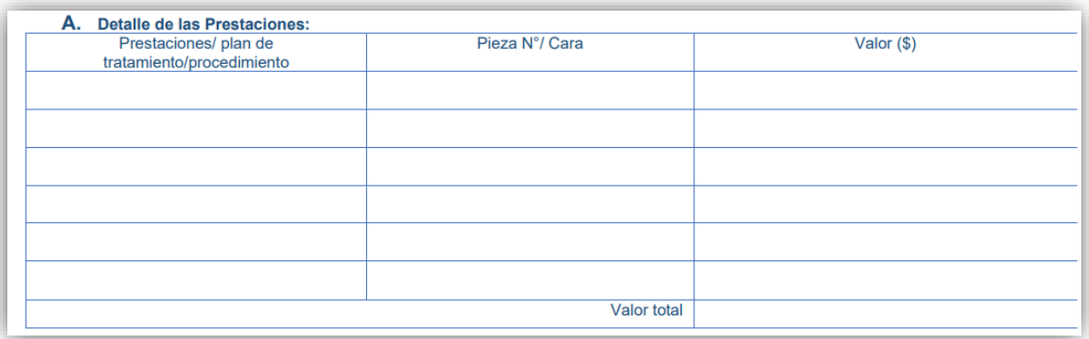
Este ítem debe ser completado exclusivamente por el odontólogo o centro dental que realizó la atención.

Debe incluir los datos del paciente (nombre completo, apellidos y RUT), pudiendo este ser el mismo afiliado titular o una de sus cargas legales.

En caso de que el paciente sea el mismo afiliado titular, el prestador debe completar igualmente este campo, incluso si los documentos adjuntos (presupuestos o boletas) consignan los mismos datos. Esto se debe a que el formulario es firmado por el prestador, quien actúa como ministro de fe de la información que respalda la solicitud de reembolso dental.

Recuerde: si este campo no ha sido completado por el prestador, la solicitud será rechazada.

A. Detalle de las prestaciones:



A. Detalle de las Prestaciones:

Prestaciones/ plan de tratamiento/procedimiento	Pieza N°/ Cara	Valor ($)
	Valor total	

Este ítem debe ser completado exclusivamente por el odontólogo o centro dental que realizó la atención.

- Prestaciones / Plan de tratamiento / Procedimiento

Debe completarse en su totalidad, sin remarcaciones, enmendaduras ni adulteraciones. El prestador debe detallar las prestaciones realizadas al paciente a fin de que esta información coincida con el presupuesto adjunto.

Para facilitar la revisión, en tratamientos prolongados se solicita que el prestador indique el número de sesión pagada, por ejemplo:
“Control de ortodoncia 1/36”, “Control de contención 2/36”, etc.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

- Pieza Nro. / Cara

Debe indicarse el número de pieza o piezas dentales tratadas, coincidiendo con la información del presupuesto.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

- Valor ($)

Debe señalar el valor pagado por el afiliado o afiliada al prestador. Esta cifra debe siempre coincidir con el presupuesto de respaldo. De existir descuentos en las prestaciones se deben indicar en formulario y presupuesto.
Si existiera una diferencia por descuentos o promociones en alguno de los dos documentos, deberá adjuntarse certificado o correo electrónico formal emitido por el prestador, indicando el motivo del descuento.
El documento debe contener nombre, firma y timbre del emisor, y el afiliado deberá ingresarlo como adjunto en la solicitud.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador o no coinciden los montos, se generará rechazo.

- Valor total

Debe consignarse la suma total de los ítems cobrados por el prestador, la cual debe cuadrar con el presupuesto presentado, por tanto, estos montos deben detallarse en formulario dental, presupuesto o certificado correspondiente de respaldo.
Si el pago corresponde a un abono, el formulario y el presupuesto deben indicarlo claramente, asegurando coherencia entre los documentos (formulario, presupuesto y documento tributario).
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador o no coinciden los montos, se generará rechazo.

- Información Adicional

En el párrafo final del formulario se indica:
“Quien entrega este formulario declara que la información detallada es verdadera y faculta al Servicio de Bienestar para solicitar información adicional que necesite para confirmarla, autorizando a dentistas o instituciones a suministrarla, con la finalidad de analizar la procedencia de los gastos dentales”.
Esto significa que, ante cualquier duda o diferencia en los antecedentes presentados (formulario, presupuesto o documento tributario), el Servicio de Bienestar podrá realizar las verificaciones necesarias.
Durante ese proceso, el beneficio permanecerá en estado **“EN VALIDACION”** hasta recibir respuesta formal de los organismos involucrados para proceder a pago o según corresponda.

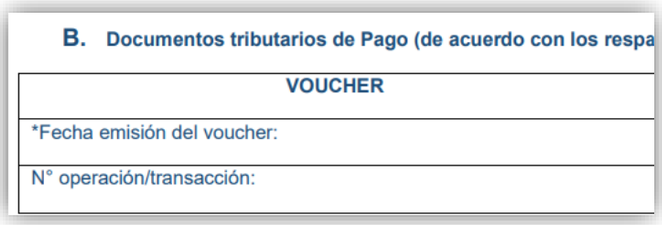
B. DOCUMENTOS TRIBUTARIOS DE PAGO.

Este ítem debe ser completado exclusivamente por el odontólogo o centro dental que realizó la atención.
Corresponden a todos los respaldos entregados por el **prestador** que acreditan el pago de las atenciones dentales y quien debe completar estos campos como ministro de fe en la entrega de la información.
El o la afiliada debe ingresar en la plataforma todos los documentos tributarios emitidos por el prestador como respaldo de su atención sean estas boletas de: honorarios, exentas y/o exentas electrónicas; váuchers que sean válidos como boleta, facturas exentas electrónicas, etc.

La validez de estos documentos es verificada en la página web del Servicio de Impuestos Internos (SII), de no ser validas serán rechazadas.

Si se detecta alguna diferencia, se solicitará al afiliado o afiliada la presentación de los documentos adicionales necesarios, conforme a la observación indicada en el rechazo, pudiendo también requerirse información al prestador, en caso de ser necesario.
De esta manera, el Servicio de Bienestar resguarda y evita cobros duplicados realizados por sus afiliados y afiliadas. **De identificarse un pago doble, el Servicio de Bienestar podrá solicitar la devolución de los recursos.**

B.1 Váucher:


B. Documentos tributarios de Pago (de acuerdo con los respa

VOUCHER
*Fecha emisión del voucher:
N° operación/transacción:

Este ítem debe ser completado exclusivamente por el odontólogo o centro dental que realizó la atención.
El váucher es un documento tributario de pago validado por el SII y entregado por el prestador como comprobante del pago de las prestaciones dentales. Sin embargo, no cuenta con los datos necesarios para reembolso, por lo cual es indispensable que el formulario esté completado correctamente.

Por otro lado, el voucher debe estar totalmente legible y corresponder al servicio efectivamente prestado.

Si el **documento recibido es ilegible**, el afiliado debe solicitar de inmediato una reimpresión y adjuntar ambos comprobantes en la plataforma:

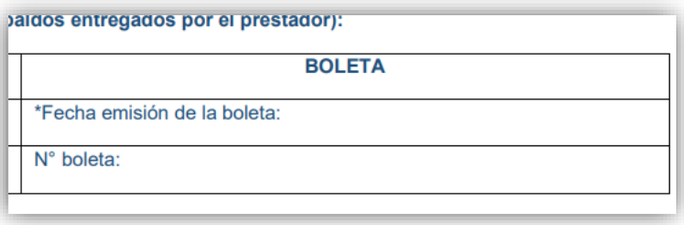
- el váucher original ilegible (copia cliente), y
- la reimpresión o copia comercio legible.

En la actualidad existen diversos sistemas de pago electrónico, tales como Transbank, Mercado Pago, Getnet, TUU, Klap, SmartPOS, BCI Pagos by Evo, SumUp, Mobile POS y CompraAquí de BancoEstado, entre otros.
Considerando que cada prestador mantiene convenios propios con estas entidades, resulta obligatorio el ingreso de la totalidad de los documentos emitidos y entregados por el prestador como respaldo del pago efectuado, los cuales deben ingresarse a la plataforma de reembolso, para efectos de revisión y validación.
En algunas ocasiones se recibirá boleta y váucher, pero en otras sólo váucher.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

Fecha de emisión del váucher
Si hay diferencias entre las fechas del váucher, el formulario y la boleta (de corresponder), y no existe un respaldo formal del prestador, la solicitud será rechazada.
Aunque los váuchers son válidos para el SII, su verificación no puede realizarse directamente en la plataforma del Servicio, por lo que el Bienestar podrá realizar revisiones complementarias con el prestador o la entidad emisora si existieran dudas.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

Número de operación o transacción
Debe ingresarse en la plataforma el **número de operación** que aparece en el váucher. La única excepción corresponde a los comprobantes emitidos por Getnet, donde debe ingresarse el **número de aprobación**.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

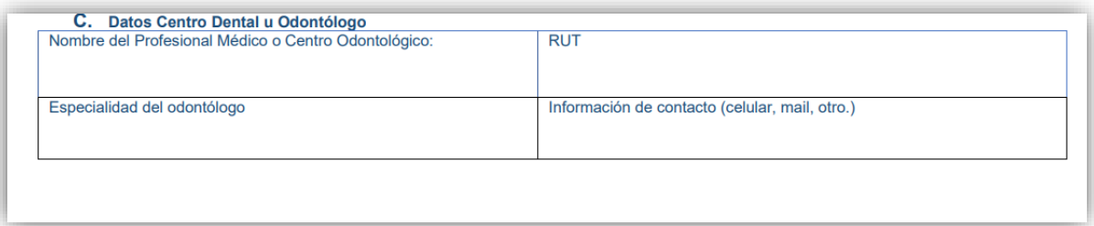
B.2 Boleta:



La boleta es un documento tributario validado por el SII y entregado por el prestador por el pago de las prestaciones dentales realizadas. Puede ser exenta, exenta electrónica, de honorarios, factura exenta o factura exenta electrónica, según corresponda.

Fecha de emisión de la boleta
Debe coincidir con la fecha de atención dental o ser posterior al presupuesto, pero nunca previa a la fecha de emisión del documento tributario de pago.
Cualquier diferencia sin respaldo formal emitido por el prestador y adjuntado a la plataforma generará rechazo.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

C. Datos del centro dental u odontólogo:

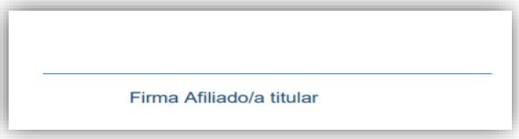


Este ítem, el prestador debe completar en su totalidad, sin remarcaciones, enmendaduras ni adulteraciones.

- **Nombre del profesional o centro odontológico:** debe indicar nombre completo o razón social.
- **Rut:** debe indicar el RUT personal o de la razón social, según corresponda.
- **Especialidad:** debe señalar si se trata de odontología general o una especialidad (ortodoncia, periodoncia, endodoncia, cirugía oral y maxilofacial, odontopediatría, prótesis o rehabilitación oral, entre otras).
- **Información de contacto:** debe incluir teléfono fijo o móvil, correo electrónico o redes sociales del prestador.

Si el Servicio de Bienestar no logra contactar al prestador mediante los medios informados, la solicitud podrá ser **rechazada**.
Recuerde: si este campo no está completado por el prestador, se generará rechazo.

Firmas y validación del formulario:
- Firma del afiliado o afiliada titular



El formulario debe estar firmado de puño y letra por el afiliado titular. Mediante su firma, declara que la información ingresada es verídica y autoriza al Servicio de Bienestar a realizar las verificaciones necesarias.
No se aceptan firmas insertadas ni escaneadas.
Si el formulario no está firmado por el titular, será rechazado.

- Firma y timbre del especialista o centro dental

El profesional o centro dental que completa el formulario actúa como ministro de fe de la información ingresada.
El formulario debe estar firmado de puño y letra por el prestador y timbrado, según corresponda. No se aceptan firmas escaneadas ni digitales.
Si el formulario carece de firma y timbre del prestador, será rechazado.

IMPORTANTE: Si se requiere corregir información de cualquiera de los ítems anteriormente descritos, las correcciones deben ser realizadas por el odontólogo o centro dental mediante un nuevo formulario, nunca por el afiliado, ya que se considera adulteración del documento.

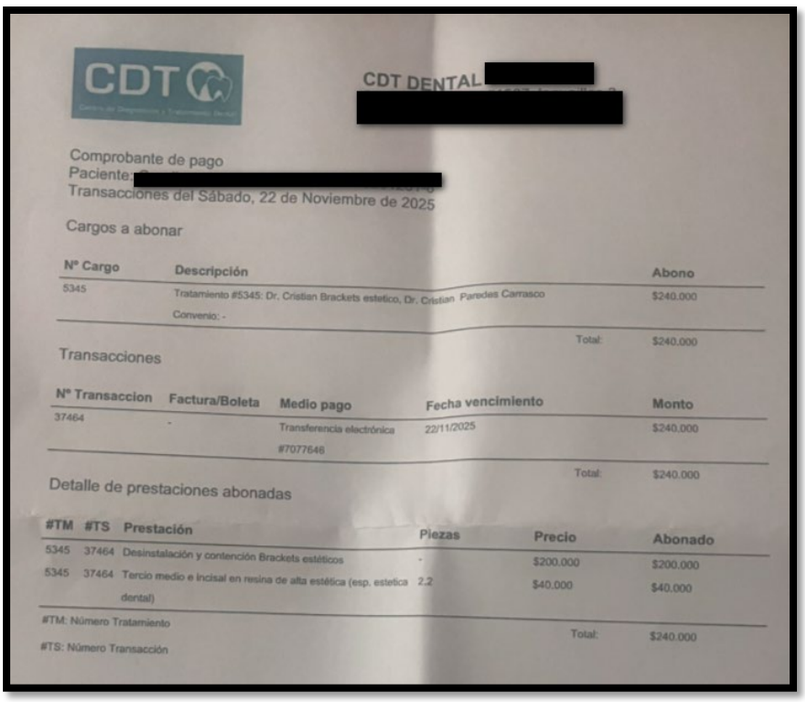
C. PRESUPUESTO DENTAL U ORDEN DENTAL

El presupuesto dental u orden dental es un documento detallado que indica el costo total que tendrá un tratamiento odontológico, desglosando cada procedimiento, material y servicio necesario para completar el plan de atención.

Este documento es fundamental tanto para que el paciente comprenda los costos y plazos de su tratamiento, como para que el Servicio de Bienestar pueda evaluar la procedencia del reembolso.
Debe incluir al menos:

- Plan de tratamiento.
- Costos unitarios y totales.
- Identificación completa del centro o profesional tratante

*Importante:
El comprobante de pago **NO** se considera un presupuesto, por ejemplo, la siguiente imagen corresponde a un comprobante de pago y no un presupuesto:



CDT

CDT DENTAL [redacted]

Comprobante de pago
Paciente [redacted]
Transacciones del Sábado, 22 de Noviembre de 2025

Cargos a abonar

Nº Cargo	Descripción	Abono
5345	Tratamiento #5345: Dr. Cristian Brackets estetico, Dr. Cristian Paredes Carrasco Convenio: -	$240.000
	Total:	$240.000

Transacciones

Nº Transaccion	Factura/Boleta	Medio pago	Fecha vencimiento	Monto
37464	-	Transferencia electrónica #7077646	22/11/2025	$240.000
			Total:	$240.000

Detalle de prestaciones abonadas

#TM	#TS	Prestación	Piezas	Precio	Abonado
5345	37464	Desinstalación y contención Brackets estéticos	-	$200.000	$200.000
5345	37464	Tercio medio e incisal en resina de alta estética (esp. estetica dental)	2.2	$40.000	$40.000
			Total:		$240.000

#TM: Número Tratamiento
#TS: Número Transacción

Requisitos del presupuesto:
El Servicio de Bienestar **rechazará cualquier presupuesto informal**, es decir, aquel que:

- No contenga logotipo del centro dental.
- Esté incompleto o sin fecha de emisión.
- Carezca de dirección, teléfono y correo electrónico de contacto.
- Presente firmas o logotipos insertados digitalmente.
- Contenga remarcaciones, enmendaduras o datos que generen dudas sobre su veracidad.
- Otros

En tales casos, el beneficio quedará en **estado "EN VALIDACION"** mientras se realizan las gestiones de verificación correspondientes.

Vigencia y consistencia de los documentos:
En cada revisión de gastos dentales, el Servicio de Bienestar analiza el historial de beneficios presentados por cada afiliado.
Si se detectan diferencias entre presupuestos, boletas o váuchers emitidos por un mismo prestador, se efectuará una revisión desde el nivel central para asegurar la coherencia de la información.
Cuando el reembolso corresponda a un tratamiento de largo plazo, como, por ejemplo, tratamientos de ortodoncia se revisarán las solicitudes anteriores para verificar la continuidad y concordancia entre los pagos realizados, los presupuestos y los formularios presentados.
En caso necesario, se podrá solicitar una actualización del presupuesto.

Plazo de vigencia del presupuesto:
Si el presupuesto detalla la cantidad de controles o sesiones, su vigencia será la correspondiente a ese número.
Por ejemplo, si indica **36 controles**, se considerará vigente por ese período, siempre que la boleta y los montos coincidan con la información respaldada.
Si el presupuesto **no indica la cantidad de controles**, el Servicio de Bienestar considerará un plazo máximo de **24 meses**, siempre y cuando el formulario dental y la boleta indiquen el mes y año del control (por ejemplo: "Control ortodoncia mayo 2025").

MOTIVOS FRECUENTES DE RECHAZO

A continuación, se detallan los motivos más comunes de rechazo de solicitudes de reembolso dental. Se recomienda revisar cuidadosamente antes de ingresar la solicitud en la plataforma:

- Prestaciones estéticas como blanqueamientos y/o carillas dentales (sin cobertura). Prestaciones dentales estéticas, en las que el prestador no certifique que son parte de un tratamiento dental o una rehabilitación oral.
- Documentos tributarios emitidos durante el período de carencia del titular.
- Documentos sin respaldos, por ej: falta de formulario dental y/o presupuesto.
- Boletas con retención de impuesto, debido a que este cobro lo debe pagar el prestador y no el afiliado.
- Boletas de farmacia sin detalle de compra o sin receta dental adjunta.
- Boletas manuales (sólo se aceptan documentos electrónicos de acuerdo con Instrucción Nro.21.256 del Servicio de Impuestos Internos).
- Boletas, formularios o presupuestos rayados, manipulados, enmendados o ilegibles.
- Boletas no verificables en SII, duplicadas o “copia comercio”. Comprobantes de pago, transferencias o vales no son válidos como documentos tributarios.
- Documentos en **formato no permitido** (solo se aceptan PDF, JPG o JPEG; no capturas de pantalla en las que se visualice por ejemplo la hora, día de la captura, el nombre del dueño del celular, fondos de pantalla, etc., todo lo anterior por el carácter de formalidad que debemos otorgar a los documentos que se ingresen a la plataforma. Para ello, agradecemos que la imagen sea descargada o adaptada a los formatos previamente indicados antes de su ingreso a la plataforma.

- Formularios dentales incompletos o con información inconsistente entre titular, prestador o presupuesto.
- Formularios que no correspondan a la versión “03/2024”.
- Formularios que indiquen solo “ortodoncia”, “consulta” o “control” sin detalle ni presupuesto adjunto.
- GES dentales (Fonasa o Isapre) o PAD dental sin respaldos.
- Boletas con montos que no coinciden con el presupuesto o el formulario.
- Pagos parciales (abonos) no declarados ni respaldados por el prestador.
- Planos de relajación que no sean prescritos, que respalde que la indicación de este se realiza como tratamiento para el BRUXISMO, Trastornos temporomandibulares (TTM), apretamiento dental, desgaste dentario, reducción de tensión muscular y dolor asociado.

- Prótesis dental removible para afiliadas y afiliados a Fonasa. El beneficio aplica a titulares y/o sus cargas legales, sin restricción de edad. Si el pago fue realizado mediante boletas exentas electrónicas y/o comprobante de pago (váuchers), estos documentos deben ser presentados a Fonasa para solicitar el reembolso correspondiente. Posteriormente, se deberán ingresar todos los respaldos, junto con el programa médico otorgado, a la plataforma de Bienestar para gestionar el beneficio dental sobre el saldo no cubierto, en caso de existir. En caso de que la prótesis removible sea pagada con boleta de honorarios, ésta no tiene reembolso por Fonasa, pero sí por el Servicio de Bienestar.
- Solicitudes con más de un documento tributario (se ingresa uno por solicitud).
- Superación del tope anual del afiliado o del grupo familiar.
- Presupuesto vencido, fuera de vigencia o presupuesto con fechas que no concuerden con los documentos tributarios de respaldo.
- Váuchers que en la parte inferior indiquen que sean duplicados (empresa TUU).
- Kit o artículos de higiene dental (cepillos, pastas, enjuagues, hilo dental) no reembolsables, aunque sean recetados por un dentista.
- Firmas electrónicas o digitales del titular o prestador (deben ser de puño y letra).
- Fecha de emisión de documento tributario superior a 180 días.
- **Membresía de seguros dentales** contratados por los afiliados (por ejemplo, Plan Prime, Soy RedSalud Dental, Seguro Integramédica Dental y/o planes privados de clínicas independientes), en virtud de que dichos pagos constituyen su cuota de incorporación a ese beneficio.
- Posteriormente, cuando usted concurra a una atención dental y reciba los documentos tributarios correspondientes a las prestaciones efectivamente realizadas, podrá ingresar su solicitud de reembolso dental.
- Formulario dental completado de forma incorrecta, por ejemplo: el prestador emite solo boleta y la información se repite en la casilla destinada a los datos del váucher o viceversa. Recordamos que, en caso de ser necesario correcciones o modificaciones, es el prestador y no el afiliado quien debe realizar la corrección correspondiente, completando un nuevo formulario a fin de no sobrescribir o enmendar el documento dado que éste será rechazado.
- Imágenes de documentos cortadas o borrosas, que impidan visualizar algún detalle esencial para la validación.
- Se considerará como formulario o presupuesto dental con información insuficiente, aquel que contenga anotaciones manuscritas referentes a abonos o descuentos.
  En tales casos, es requisito contar con un respaldo formal emitido por el prestador que confirme que el pago realizado por el afiliado corresponde efectivamente a un abono y/o que el descuento indicado. ha sido aplicado por el prestador.

El cumplimiento estricto de estas instrucciones garantiza una tramitación oportuna del beneficio y evita observaciones o rechazos.
Se recomienda revisar la coherencia entre formulario dental, presupuesto y documentos tributarios antes de ingresar la solicitud en la plataforma.

Ante cualquier duda, agradecemos contactar a su Encargado de Bienestar regional y/o comuníquese con el **Centro de Atención Integral de Personas (CAIP)** al teléfono **26546060** o al correo **bienestar@junji.cl**.

SERVICIO DE BIENESTAR