

MANUAL DE USUARIO PARA REEMBOLSOS DENTALES

Actualización marzo 2025.

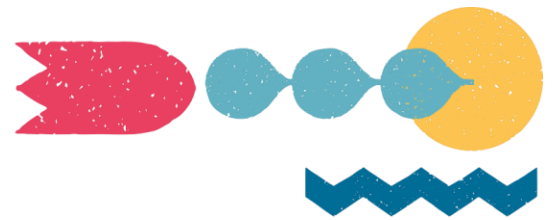
A la fecha, el Servicio de Bienestar **reembolsa los gastos dentales de sus afiliados/as** a través del nuevo sistema informático de autoatención que se encuentra en Intranet. Por lo tanto, todos los **afiliados y afiliadas activos** deben reembolsar sus gastos a través de esta nueva plataforma, para lo cual es necesario contar con correo institucional vigente.

Los **afiliados y afiliadas jubilados** pueden acceder al Sistema de Bienestar y realizar reembolsos a través de su CLAVE UNICA.

Nuestros Encargados/as de Bienestar Regional y todo nuestro equipo nacional está realizando el acompañamiento a las personas que así requieran para efectuar el ingreso a la plataforma durante todo este proceso, para lo cual sólo deben solicitarlo en cada unidad.

De esta manera, se pretende en un corto plazo y gradualmente, que todos los afiliados y afiliadas al Servicio de Bienestar soliciten sus beneficios, ojalá en su totalidad, a través de este medio.





Consideraciones previas al ingreso a la Plataforma de Bienestar:

-Separe los gastos correspondientes al titular y carga legal porque deben ser ingresados por separado y con todos sus respaldos.

Ej: Ud. tiene 01 gasto dental de su carga y 01 gasto dental como titular. Deberá ingresar en el sistema 2 solicitudes individuales por separado, es decir, una solicitud por su carga legal adjuntando formulario de reembolso dental, documentos contables de pago y presupuesto si corresponde y una segunda solicitud, en la que adjunta formulario solicitud de reembolso dental, documentos tributarios de pago y presupuesto dental u orden dental, según corresponda.

-Escanee sus gastos dentales (existe una aplicación gratuita para ello: CamScanner) y guárdelos, de preferencia para una mejor gestión, en el escritorio de su computador: formulario solicitud de reembolso dental, documentos tributarios de pago y presupuesto dental u orden dental, según corresponda.

-Los documentos deben visualizarse por completo, no se deben cubrir entre sí ya que dificulta la revisión de documentos (imágenes claras, nítidas y legibles).

-Aquellos afilados/as nuevos en Bienestar deben considerar el período de carencia que tiene este beneficio, por lo que la fecha del documento contable de pago debe ser posterior a este plazo, dado que el beneficio cuenta con 3 meses de carencia, el subsidio dental se puede cobrar desde el 1er día hábil desde el 4to mes de la afiliación.

-Documentos contables **no deben tener más de 180 días consecutivos desde la fecha de emisión.**

-Una vez realizadas estas gestiones, usted se encuentra en condiciones de poder ingresar su solicitud de reembolso dental al Sistema de Reembolso de Bienestar.

-Si usted posee otro seguro debe reembolsar previamente sus gastos en esa entidad y subir a la plataforma los siguientes documentos formulario solicitud de reembolso dental, documentos tributarios de pago y presupuesto dental u orden dental, según corresponda, y liquidación original de reembolso de su seguro.



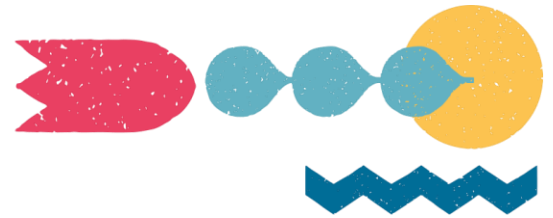


Recuerde:

La adulteración de datos y el mal uso del beneficio, constituye expulsión total del Servicio de Bienestar y es una falta grave a la probidad, por lo cual la autoridad máxima de la Región podrá determinar inicio de investigación o Sumario Administrativo.

Ante cualquier duda contactarse con el CAIP telefónico
26546060 o a bienestar@junji.cl





¿Cómo acceder a la plataforma de Bienestar?

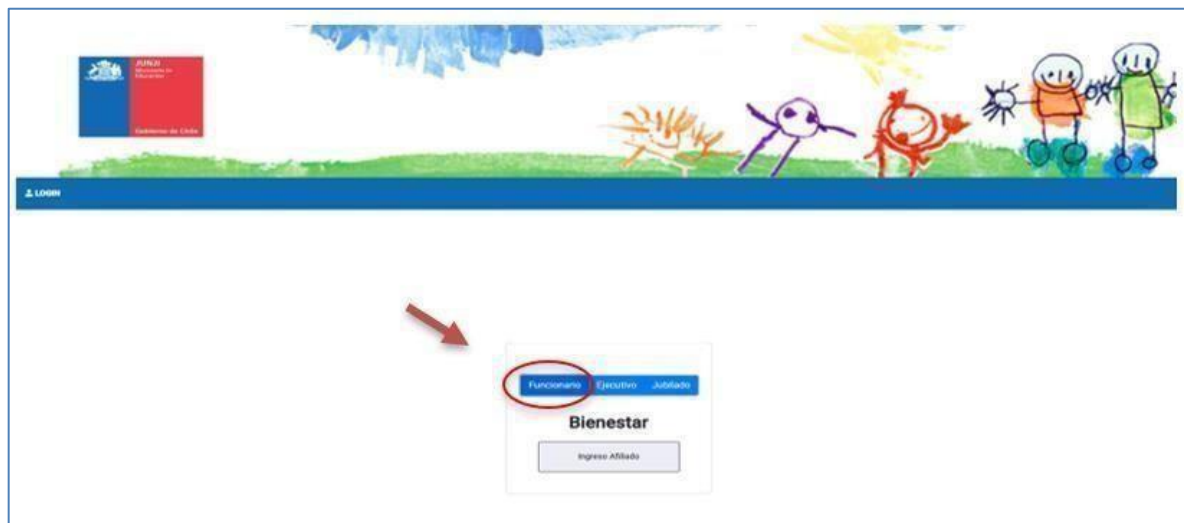
1. Debe ingresar al siguiente link digitando en el buscador de su preferencia, se sugiere, Google Chrome que es más compatible con el sistema.

La dirección es: <https://bienestar.junji.gob.cl/> o a través de la intranet <https://www.junji.gob.cl/> en acceso a sistemas, ingresar a “Sistema de Bienestar”.

Además, puede ingresar a través de un P.C. o de un teléfono móvil (pero debe situar el dispositivo de manera horizontal para visualizar la pantalla completa).

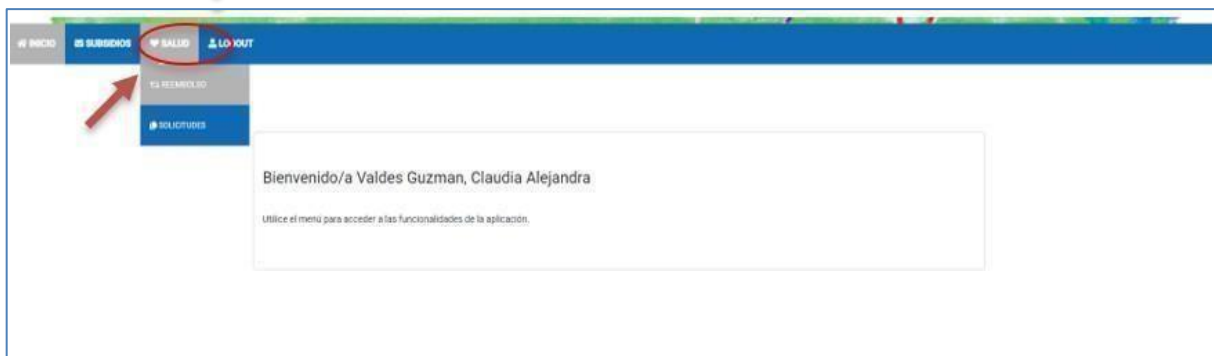


2. Al ingresar debe hacerlo como **“Funcionario”**



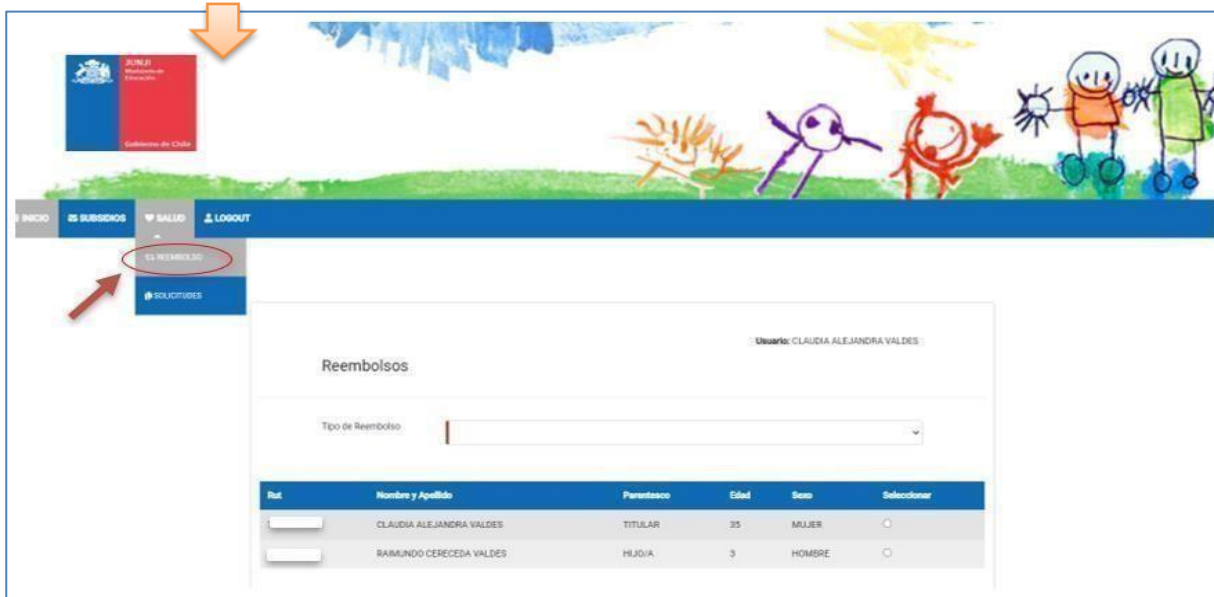


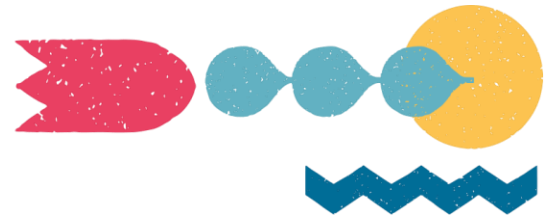
3. Ingresar en la pestaña de “Salud”



4. Seleccionar “Reembolso”

Cada vez que ubique el cursor en una de las celdas horizontales, éstas se encontrarán en color **rojo**, una vez que Ud. completa los campos solicitados, el cursor cambiara a color **verde**, lo que significa que puede continuar ingresando los campos solicitados. Si los colores no cambian significa que hay un error y debe revisar.





5. Seleccionar el “Beneficiario”

Debe seleccionar sólo una opción. El beneficiario que corresponde indicar es aquel que recibió la prestación médica (este dato lo encuentra en el documento contable de pago o en el formulario que fue completado por el prestador que efectuó la atención dental). Por ese motivo Ud. separó previamente los documentos de acuerdo con las prestaciones realizadas identificando si el gasto corresponde a un titular o carga legal.



Reembolsos

Tipo de Reembolso: ATENCION ODONTOLOGICA

Rut	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Sexo	Seleccionar
<input type="text"/>	CLAUDIA ALEJANDRA VALDES	TITULAR	36	MUJER	☒
<input type="text"/>	RAIMUNDO CERECEDA VALDES	HIJO/A	4	HOMBRE	☐

Datos de Reembolso

Categoría de Prestación:

SubCategoría de Prestación:

Rut Prestador: Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

6. Seleccionar el “Tipo de reembolso”

Debe seleccionar el Tipo de Reembolso recibido por el titular o carga legal según corresponda, en este caso: **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**.

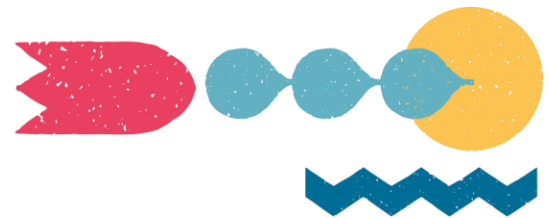


Reembolsos

Tipo de Reembolso: ATENCION ODONTOLOGICA

Datos de Reembolso

Categoría de Prestación:



7. Seleccionar “Categoría de prestación”

Debe seleccionar la categoría de la prestación: **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**



Reembolsos

Tipo de Reembolso: **ATENCION ODONTOLOGICA**

Rut	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Sexo	Seleccionar
<input type="text"/>	CLAUDIA ALEJANDRA VALDES	TITULAR	36	MUJER	☒
<input type="text"/>	RAIMUNDO CERECEDA VALDES	HIJO/A	4	HOMBRE	☐

Datos de Reembolso

Categoría de Prestación: **ATENCION ODONTOLOGICA**

SubCategoría de Prestación:

Rut Prestador:

8. Seleccionar “Sub-Categoría de prestación”

Debe seleccionar la subcategoría de la prestación: **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AFILIADO** o **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CARGAS**, según corresponda.



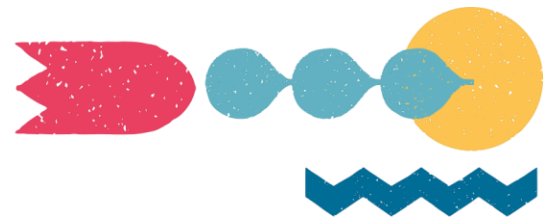
Datos de Reembolso

Categoría de Prestación: **ATENCION ODONTOLOGICA**

SubCategoría de Prestación:
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AFILIADO
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CARGAS

Rut Prestador:

Tipo de Documento:



- En el campo **“Monto disponible para reembolso”** podrá ver de manera referencial el saldo disponible de la prestación, tanto para **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AFILIADO** como para **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CARGAS**:



Tipo de Reembolso: ATENCION ODONTOLOGICA

Rut	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Sexo	Seleccionar
	LIZA	TITULAR	39	MUJER	☒
	NATANIEL	HIJO/HIJA	2	HOMBRE	☐
	EMMA	HIJO/A	10	MUJER	☐

Datos de Reembolso

Categoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA

SubCategoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO

Monto disponible para reembolso: 260000

9. Ingresar el “Rut Prestador”

- El Rut del prestador corresponde al Rut que se indica en el documento tributario de pago.
- Debe escribir en la plataforma el Rut sin puntos y con guion incluido (ej. 7617256-0)



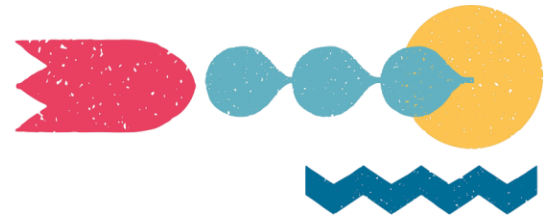
Datos de Reembolso

Categoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA

SubCategoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO

Rut Prestador: 7617256-0

Tipo de Documento:



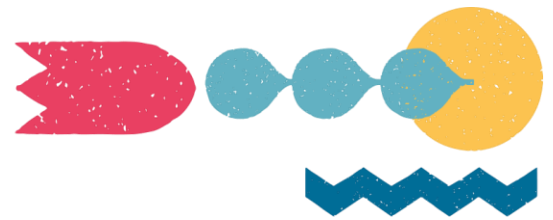
10. Seleccionar el “Tipo de documento”

Seleccionar si es un **Bono / Reembolso** o una **Boleta/Factura**.

La opción reembolso, es para aquellos casos que posee un **Seguro de Salud Dental** con una Compañía de Seguros, por tanto, debe reembolsar previamente.



Datos de Reembolso	
Categoría de Prestación	ATENCION ODONTOLOGICA
SubCategoría de Prestación	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO
Rut Prestador	7617256-0
Tipo de Documento	BONO REEMBOLSO BOLETA/FACTURA
Fecha Documento	
Folio de Documento	
Folio de Respaldo (N° de Boleta, N° de Voucher, otros) En caso de no contar	



Definiciones:

1. Bono:

- El Bono de atención dental, permite acceder a una consulta o procedimiento médico con un prestador que se encuentre en convenio con Fonasa/Isapre, a través de libre elección o prestación cerrada, con un prestador en convenio en caso de hacer uso de PAD FONASA DENTAL o GES DENTAL (en los casos de salud oral integral para : niños y niñas de 6 años, personas de 60 años y persona gestante o en casos de urgencia dental ambulatoria), recibirá un documento, que corresponde al bono, el cual debe contener la siguiente información: datos del paciente, fecha de emisión, monto cancelado y detalle de la prestación .

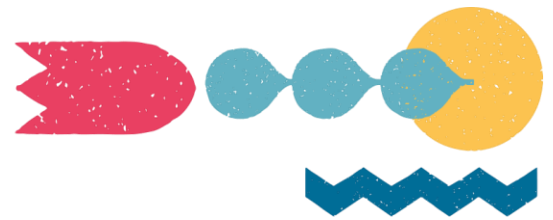
2. Reembolso (comprobante de pago):

- Sí el afiliado posee un seguro dental con una compañía de seguros, debe solicitar el reembolso previamente al ingreso del copago en el Sistema de Bienestar. Con la liquidación de reembolso original de esa aseguradora, más todos los otros antecedentes requeridos, puede solicitar el reembolso en Bienestar. Si su plan de Isapre cubre prestaciones dentales, debe solicitar previamente su reembolso.
- En el caso de los cotizantes de Fonasa, en caso de tener gastos dentales por prótesis dentales superiores y/o inferiores, deben solicitar su reembolso, antes de ingresar al Sistema de Bienestar por ese ítem en el prestador público. Fonasa emitirá un programa médico por el reembolso, respaldo que debe ser ingresado a la plataforma junto con todos los otros respaldos solicitados.

3. Boleta/factura:

- La gran mayoría de los centros dentales no tienen convenio con el sistema de salud, por ende, debe pagar el monto total y seleccionar esta opción en el Sistema de Bienestar. Las boletas para ingresar en sistema de bienestar sólo son de emisión digital (las boletas manuales, de acuerdo con instrucción del SII del año 2022, ya no son válidas) y deben contener los datos del paciente, fecha de emisión, monto cancelado y detalle de la prestación.





11. Seleccionar la “**Fecha del documento**”

La fecha del documento corresponde a la fecha contenida en el documento contable de pago. Esa es la fecha que debe ingresar en el Sistema de Bienestar.



Datos de Reembolso	
Categoría de Prestación	ATENCION ODONTOLOGICA
SubCategoría de Prestación	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO
Rut Prestador	7617256-0
Tipo de Documento	BOLETA/FACTURA
Fecha Documento	17-01-2022
Folio de Documento	

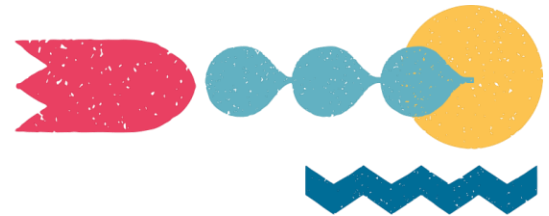
12. Indicar el “**Folio del documento**”

El folio del documento **es el número que posee el bono, boleta o reembolso** de la prestación dental (más abajo se muestran ejemplos) y que debe ser ingresado en plataforma.



Si usted cuenta con **boleta y voucher**, debe ingresar en la celda “Folio del documento” el nro de la boleta y en la celda “Folio de respaldo” en nro del voucher.





Ejemplos para identificar la información en bonos, boletas, voucher, reembolso: Bono:

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

Consalud

Fecha Emisión: 15/11/2018 Hora: 15:59

Afiliado: MARIA JOSE FRANCO IGNEAD

Beneficiario: 23...-8

DIRECCION: CALLE 3 PUNTA ARENA

Convenio: 12.003 Megasalud Punta Arenas Dental

Plan/Grupo Ingreso: 9 SEXO: M

Número del bono: 737247787

Número de folio a ingresar a plataforma

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiad	Copago del Beneficiario
5009006 DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA COR	N		2	60.940	48.752	12.188
TOTALES				60.940	48.752	12.188

Bonificación Incluye Dental VIP por \$48,752

Rut del prestador: 22.222.222-2

Saldo copago del Beneficiario: 12.188

PROFESIONAL / INSTITUCION: DENTAL VIP 80

MEDICO TRATANTE: FERNANDO LUIS ROJAS AGUILA

Especialidad: ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR: 12.936.831-4 HORA: 15:59 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

737247787

Copago

Voucher:

TARJETA DE DEBITO

COMPROBANTE DE VENTA

TRIGIDENT LTDA

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS WEBER Y PARTINEZ

GENERAL ALDUNATE 710

764767345

TERUCCO

597036130099-121.1A1

VALIDO COMO BOLETA

FECHA: 02/02/2022 HORA: 18:12:12

FECHA CONTABLE

NUMERO DE TARJETA: *****0249

NUM DE CUENTA: A0000000031010

VISA DEBITO \$25.000

MUNDO

TOTAL \$25.000

NUMERO DE OPERACION: 001167

CODIGO DE AUTORIZACION: 240970

MONEDA: PESO

Copia cliente

ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

Rut prestador

Fecha de la prestación

Copago

Número de folio a ingresar en la plataforma. Se debe indicar sin tipear los ceros de la izquierda, es decir: 1167

*Voucher deben venir acompañados de boleta y del Formulario de Solicitud de Reembolso Dental indicando si se emitió o no Boleta por dicha prestación.



Boletas:

Rut prestador

TANZA CAROLINA RAMIREZ LECOCQ

BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA

N° 179

Número de folio a ingresar en plataforma

RUT: 17.727.244-2

GIRO(S): SERVICIOS DE ODONTOLOGOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE,

CIRUJANO DENTISTA

A. VARAS 687 Depto. 304 , TEMUCO

TELEFONO: 452216773

Fecha: 04 de Febrero de 2022

Fecha de la prestación

Señor(es):

Domicilio: TEMUCO, TEMUCO

Rut:

Por atención profesional:

TRATAMIENTO ORTODONCIA

Total Honorarios \$:

40.000

40.000

Copago

Fecha / Hora Emisión: 28/02/2022 18:18

1772724400179FCC82E2

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente emisor de esta boleta debe declarar y enterar el PPM de Segunda Categoría correspondiente al porcentaje definido.

11202202281818

Fecha / Hora Impresión: 28/02/2022 18:18

Rut prestador

76.338.139-0

BOLETA NO AFECTA O EXENTA ELECTRONICA

N° 11110

Número de folio a ingresar en la plataforma

Señor(es)

RUT

Dirección

Contacto

76.338.139-0

SOCIEDAD DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA MUC SPA

CENTROS DE ATENCION ODONTOLOGICA PRIVADOS

Cochrane 633 torre B of 403 CONCEPCION

Fecha Emisión

Comuna

Vendedor

40 de enero de 2022

CONCEPCION

DETALLES

Descripción	Cantidad	Unid	Precio Unitario	Ind	Total
1.- Trat N°. 26622 Consulta paciente antiguo	1	Unid	25.000	EX	25.000

En el caso de Isapre, falta reembolsar boleta en su Isapre

Copago

Copago para el caso de Fonasa

TOTAL \$

Monto Exento

Total

25.000

25.000

Res. 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

13. Indicar “Folio de respaldo”:

El folio de respaldo corresponde al documento que respalda el documento principal, puede ser boleta (en caso de reembolso), Voucher (en caso de venir Boleta y Voucher), entre otros. En el caso que no cuente con el folio de respaldo indicar “0” (cero en número).



¿Cuándo se debe indicar el Folio de respaldo?

- Si el centro odontológico entregó Boleta y Voucher, debe incluirse en el folio de respaldo, es decir, los datos del Voucher
- Si el afiliado realizó un reembolso en Isapre, debe incluirse en el folio de respaldo, los datos de la boleta (siendo el documento de Reembolso el principal).
- Si en el centro de salud entregaron un Bono y Voucher, deben incluirse en el folio de respaldo, los datos del Voucher (siendo el bono el documento principal).
- Corresponde indicar el folio de respaldo siempre y cuando se tengan dos documentos, como se señala en los ejemplos anteriores. De no ser así debe indicar "0" ya que no corresponde repetir la misma numeración en ambas casillas.

Rut prestador

R.U.T.: 76.430.194-3

BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA

Nº 9665

Número de folio a ingresar en la plataforma

CLINICA DENTAL VASQUEZ & OSORNO LIMITADA

Dirección: ATENCION DENTAL EN TODAS LAS RAMAS ODONTOLÓGICAS

PASEO ESTADO 115, Bloque OF, Depto. 206

Santiago

Fecha: 2022-02-23

Fecha de la prestación

SEÑOR(ES):

R.U.T.:

1 - Exodoncia compleja 7 y 10

2 x \$ 38.495 TOTAL: \$76.990

Exento: \$ 76.990

Monto Total: \$ 76.990

Copago

COMPROMISANTE DE VENTA

TARJETA DE DÉBITO

EMISOR: CLINICA DENTAL VASQUEZ & OSORNO LIMITADA

ESTADO: 115 OFIC. 206 115 206

76.430.194-3

SANTIAGO

VALIDO COMO BOLETA

FECHA: 23/02/2022

FECHA VENCIBLE: 23/02/2022

NÚMERO DE TARJETA: 0000000000000000

VISA DÉBITO

NOMBRE: RUBEN NERO

DIA: 23

MES: 02

AÑO: 2022

TOTAL: \$76.990

NÚMERO DE OPERACION: 000000

CÓDIGO DE AUTORIZACION: 000000

MONEDA: PESOS

Folio de respaldo a ingresar en la plataforma

Timbre Electrónico SII

Resolución 80 de 2014

Verifique documento: www.sii.cl

Rut Prestador: 76430194-3

Tipo de Documento: BOLETA/FACTURA

Fecha Documento: 23-02-2022

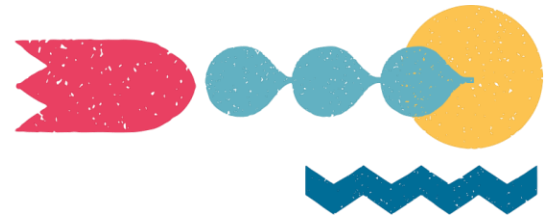
Folio de Documento: 9665

Folio de Respaldo (Nº de Boleta, Nº de Voucher, otros) En caso de no contar con respaldo, indicar 0 (cero): 3113

Monto Copago: 76990

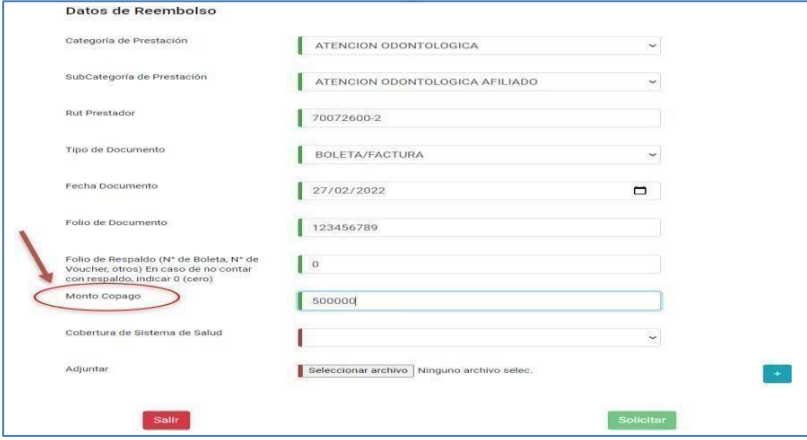
Cobertura de Sistema de Salud: PARTICULAR

Adjuntar: Seleccionar archivo



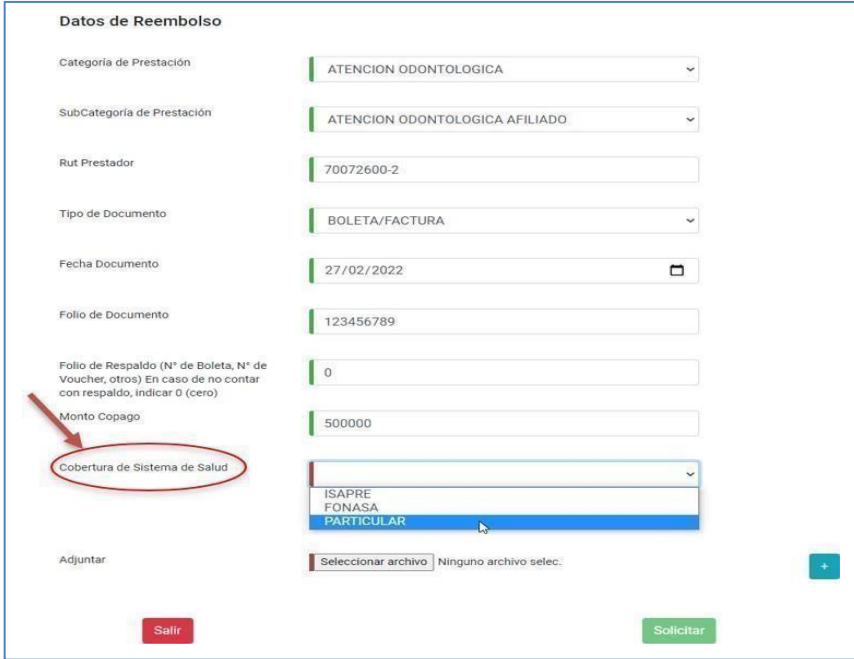
14. Indicar el “Monto del copago”

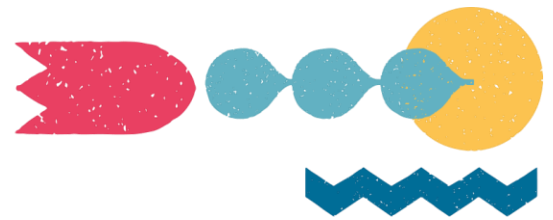
El copago corresponde al monto final efectivamente pagado por el afiliado/a una vez descontado el aporte de su Previsión de Salud y de otros seguros complementarios si corresponde. Debe ingresar en el sistema el monto que pagó por la prestación médica, sin puntos:



15. Seleccionar la “Previsión” de Salud

Indicar si la prestación médica fue cubierta por “Fonasa o Isapre”. En caso de no recibir cobertura por su Sistema de Salud, indicar “Particular”.





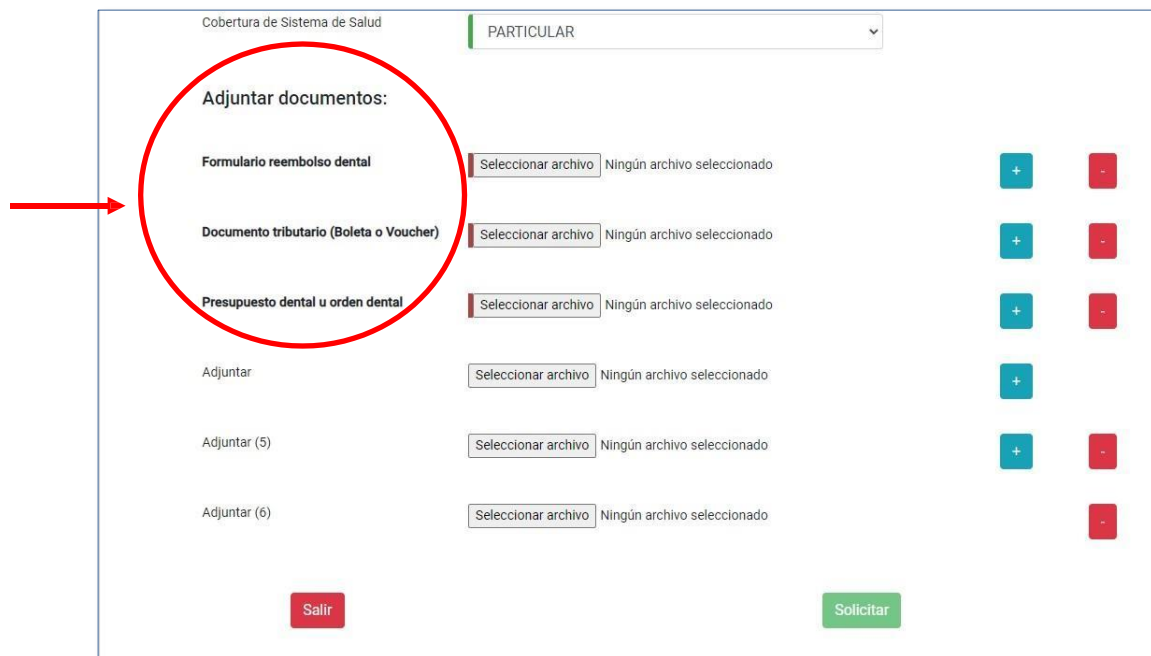
16. “Adjuntar Documentos”

- Adjunte los archivos que escaneó y guardó en el escritorio de su computador al inicio del proceso. Debe ingresar a la plataforma como mínimo, 3 documentos que son de carácter obligatorio:

1. **Formulario Solicitud de Reembolso Dental**
2. **Documento tributario (Boleta o Voucher)**
3. **Presupuesto Dental u Orden dental**

De todas maneras, usted podrá adjuntar hasta 3 archivos adicionales, con información complementaria del gasto presentado.

- Se debe seleccionar y adjuntar el archivo en formato PDF, PNG, JPG y JPEG (el sistema no permite Word ni Excel) y el peso total de todos los documentos adjuntos no debe exceder de 25 MB, se pueden subir hasta 6 adjuntos.



Cobertura de Sistema de Salud: PARTICULAR

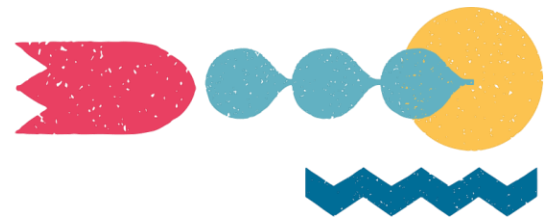
Adjuntar documentos:

Documento	Acción	Estado	Botones
Formulario reembolso dental	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -
Documento tributario (Boleta o Voucher)	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -
Presupuesto dental u orden dental	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -
Adjuntar	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -
Adjuntar (5)	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -
Adjuntar (6)	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado	+ -

Botones: Salir Solicitar

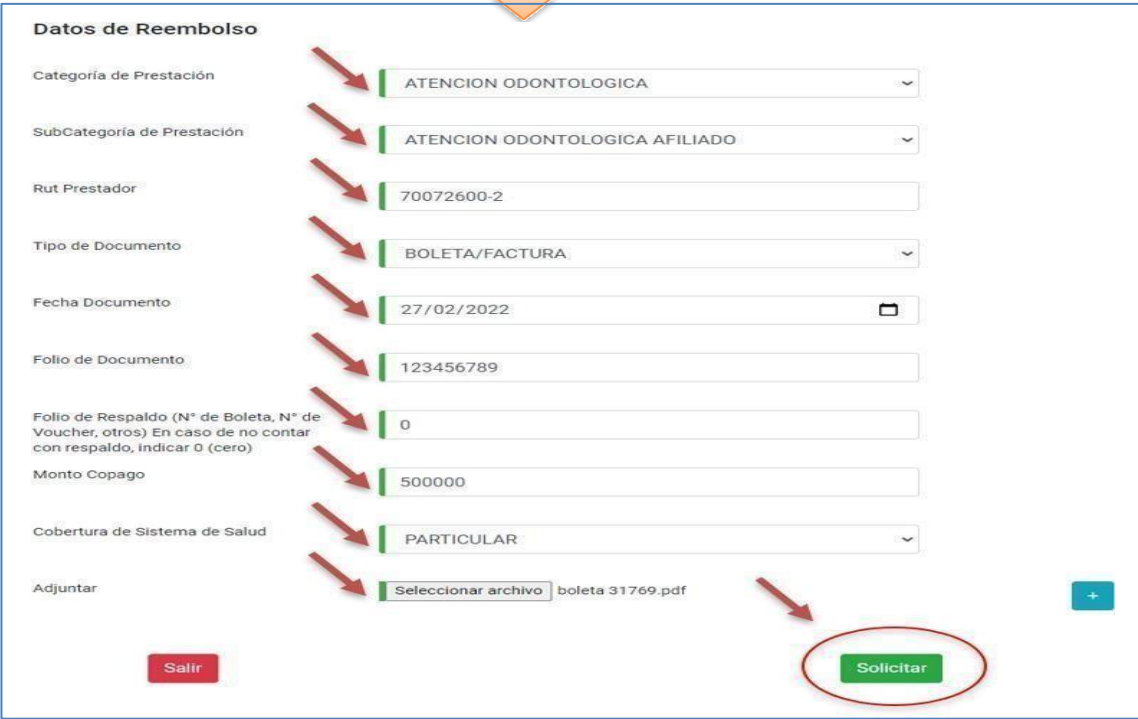
- No se aceptan capturas de pantalla (Screenshot o pantallazos), lo anterior, porque son respaldos informales de los gastos dentales y como Servicio de Bienestar debemos tener los respaldos para las auditorias, tanto internas como de la Suseso.





17. Finalizar el ingreso de documentos a plataforma, marcando opción de **“Solicitar”**

Para que el proceso sea finalizado con éxito, debe marcar la opción “Solicitar” y revisar que todos los ítems se encuentren en color verde, si alguno de ellos se encuentra de color rojo, debe modificar o completar la información.



Datos de Reembolso

Categoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA

SubCategoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO

Rut Prestador: 70072600-2

Tipo de Documento: BOLETA/FACTURA

Fecha Documento: 27/02/2022

Folio de Documento: 123456789

Folio de Respaldo (N° de Boleta, N° de Voucher, otros) En caso de no contar con respaldo, indicar 0 (cero): 0

Monto Copago: 500000

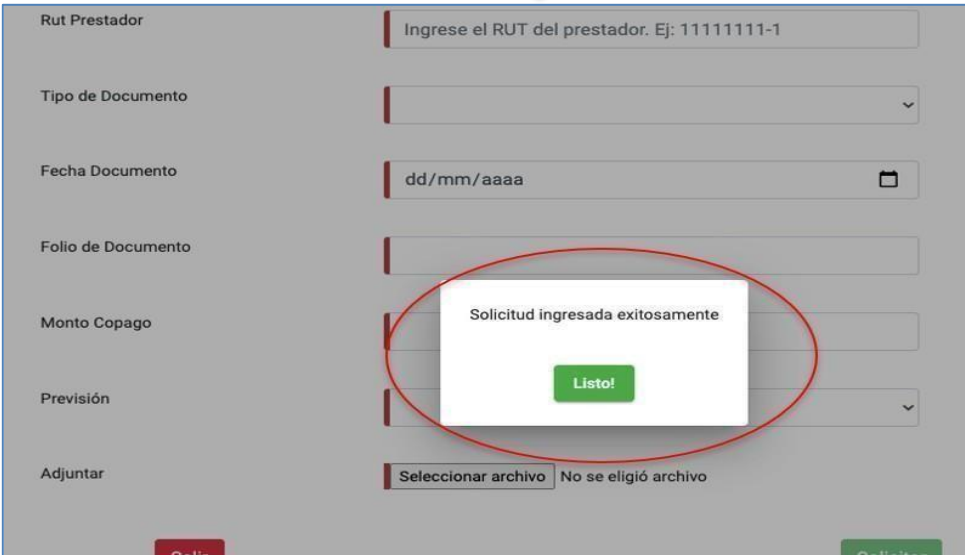
Cobertura de Sistema de Salud: PARTICULAR

Adjuntar: Seleccionar archivo boleta 31769.pdf

Salir Solicitar

18. Para confirmar si su ingreso fue ingresado correctamente le figurará en pantalla el siguiente mensaje: **“Solicitud ingresada exitosamente”**

El mensaje debe indicar que fue exitosa la solicitud, si no figura el mensaje, debe revisar los antecedentes anteriores y verificar si le falta algún antecedente.



Rut Prestador: Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

Tipo de Documento:

Fecha Documento: dd/mm/aaaa

Folio de Documento:

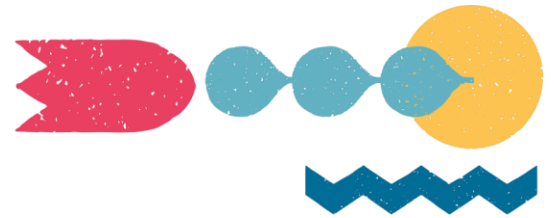
Monto Copago:

Previsión:

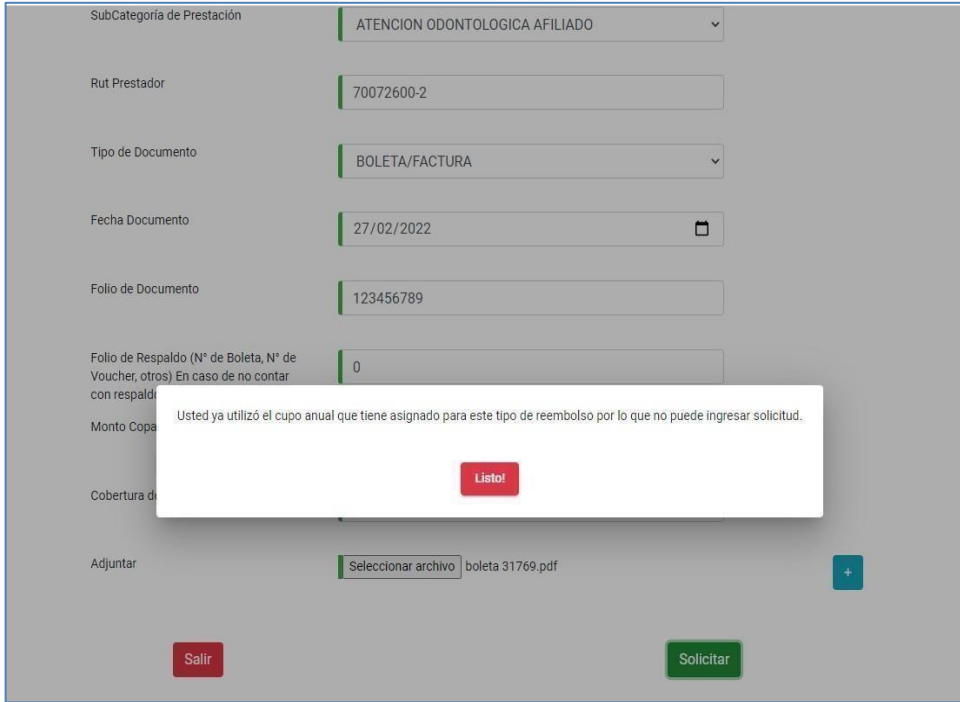
Adjuntar: Seleccionar archivo No se eligió archivo

Solicitud ingresada exitosamente

Listo!



En caso de alcanzar el tope anual, ya sea por el afiliado o la carga, aparecerá el siguiente mensaje:



SubCategoría de Prestación: ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO

Rut Prestador: 70072600-2

Tipo de Documento: BOLETA/FACTURA

Fecha Documento: 27/02/2022

Folio de Documento: 123456789

Folio de Respaldo (N° de Boleta, N° de Voucher, otros) En caso de no contar con respaldo: 0

Monto Copago: 0

Cobertura de Seguro: 0

Adjuntar: Seleccionar archivo boleta 31769.pdf

Salir Solicitar

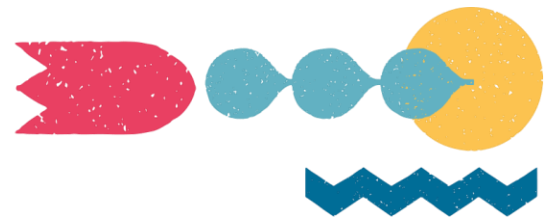
Usted ya utilizó el cupo anual que tiene asignado para este tipo de reembolso por lo que no puede ingresar solicitud.

Listo!

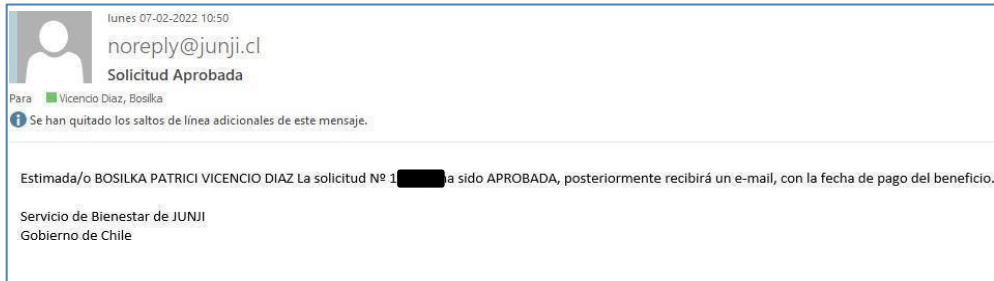
19. Posterior a su ingreso exitoso de los gastos dentales a la plataforma y a medida que internamente los funcionarios/as de Bienestar revisen sus gastos dentales, Ud. recibirá en su mail institucional, **Notificaciones automáticas del sistema**, a saber:

19 a) **1.-Solicitud ingresada exitosamente**



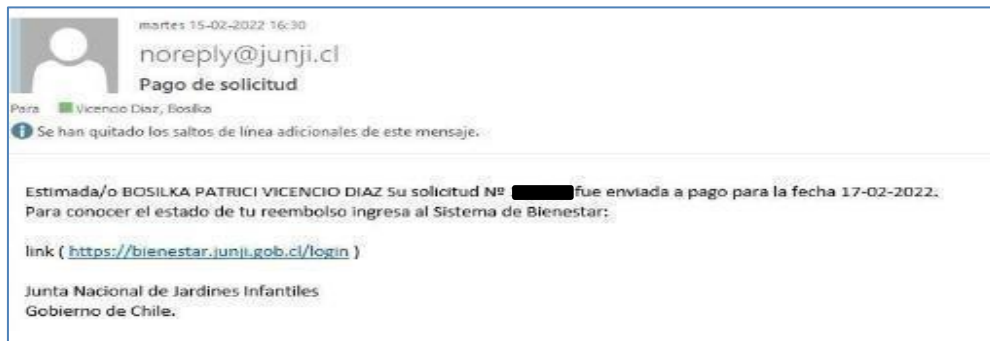


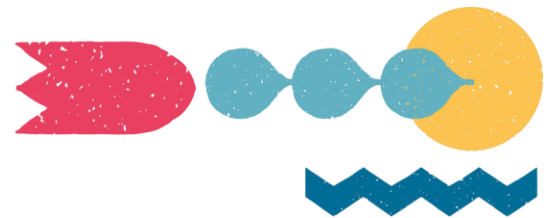
19 b). - Aprobación o rechazo por Ejecutivo/a.



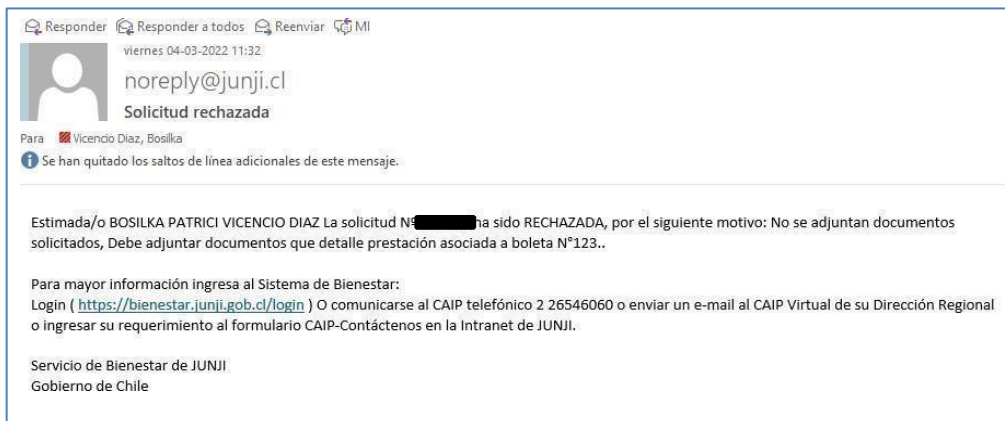
19 c). - Información de fecha de pago.

Recibirá un correo electrónico indicando la fecha de pago del beneficio desde la plataforma. Esta comunicación señala la fecha de depósito en la cuenta bancaria del afiliado/a que registra en la institución.





Por el contrario, en caso de que su solicitud de reembolso dental sea **rechazada**, recibirá un correo en el cual se informará el motivo del rechazo e indicaciones para reingresar su solicitud.



20. Revisión de Solicitudes ingresadas en Sistema de Bienestar.

El sistema permite visualizar todas las solicitudes en salud ingresadas, en qué estado se encuentran y los documentos que se adjuntaron para solicitar el beneficio.



BIOS SALUD LOGOUT

REEMBOLSO

SOLICITUDES

Postulaciones Protección en Salud Cantidad de Registros 5

Producto	Categoría Producto	SubCategoría Producto	Número Documento	Tipo Documento	Monto Copago	Monto Reembolso	Estado	Motivo Rechazo	Ver Archivo(s)
REEMBOLSO	CONSULTAS MEDICAS	CONSULTAS MEDICAS	767755697	BONO	7689	4613	INGRESADA		Ver
REEMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)	92039168	BOLETA/FACTURA	2400	1200	INGRESADA		Ver
REEMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)	92039168	BOLETA/FACTURA	2400	1200	INGRESADA		Ver
REEMBOLSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	25874	BOLETA/FACTURA	50000	42500	RECHAZADA	Documentos adjuntos, no corresponden	Ver





Podrá revisar la fecha de pago de su solicitud en estado PAGADA, pinchando sobre esta opción y se abrirá una pequeña ventana mostrando la información:

Postulaciones Protección en Salud Cantidad de Registros 5

	Categoría Producto	SubCategoría Producto	Número Documento	Tipo Documento	Monto Copago	Monto Reembolso	Estado	Motivo Rechazo	Observación Ejecutivo	Ver Archivo(s)
ILSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	6440	BOLETA/FACTURA	114500	4580	<u>PAGADA</u>			Q Ver
ILSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	4752	BOLETA/FACTURA	93500	79475	<u>PAGADA</u>			Q Ver
ILSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	3864	BOLETA/FACTURA	20000	17000	<u>PAGADA</u>			Q Ver
ILSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	3149	BOLETA/FACTURA	93500	79475	<u>PAGADA</u>			Q Ver
ILSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	2763	BOLETA/FACTURA	45000	38250	<u>PAGADA</u>			Q Ver

Detalle Pago

Id Grupo Pago:
750

Fecha de Pago:
06-06-2024

[Salir](#)

ATENCION 2763 BOLETA/FACTURA 45000 38250 PAGADA

Esperamos que esta información sea útil para la gestión de sus reembolsos dentales.

