



BIENVENIDO

NOS ENCANTA QUE ESTÉS CON NOSOTROS



¡ HOLA !

Estamos para solucionar todas tus dudas y este manual te será útil en tu trayectoria con Vida Cámara. Encontrarás información sobre:

- Cómo leer tu plan de reembolsos
- Coberturas
- Reembolsos
- Canales digitales para gestionar tu seguro

Recuerda que el seguro complementario de Salud mejora la cobertura entregada por el sistema de salud previsional de cada asegurado. Es decir, actúa una vez que la Isapre, Fonasa u otra entidad haya reembolsado el gasto médico; según póliza contratada.

La Junta Nacional de Jardines Infantiles, a través de su Servicio de Bienestar, contrató un plan especial para sus afiliados cuyas Pólizas contratadas son:

- Salud N°13458
- Vida N°13462

Seguros que incluye:

1. Seguro de vida que opera sólo para el afiliado (titular)
 2. Seguro de salud que opera para el afiliado y sus cargas legales.
- Beneficiarios: Este seguro incluye a los afiliados activos y jubilados del Servicio de Bienestar de la Junta Nacional de Jardines Infantiles.
 - Tabla de beneficios: En esta tabla se detallan los conceptos de gastos médicos que cubre el seguro de salud, % de reembolso, tope por evento o anual.
 - Seguro de vida y capital asegurado:
 - Hasta 70 años 50 U.F.
 - Entre 71 y 75 años 20 U.F.
 - Entre 76 y 80 años y 364 días 15 U.F.
 - Vigencia del seguro:
 - Este seguro abarca desde el 05 de mayo del 2025 al 04 de mayo del 2027.
 - Comprende dos periodos de 12 meses cada uno, que abarca las siguientes fechas:
 - 1° periodo: comprende desde el 05 de mayo de 2025 al 04 de mayo de 2026.
 - 2° periodo: comprende desde el 05 de mayo de 2026 al 04 de mayo de 2027.
 - Deducible: Este seguro considera un deducible anual que se descuenta desde el inicio de cada periodo:
 - Afiliada/o sola(o) sin cargas legales = U.F. 0,0.
 - Afiliada/o con 1 carga legal = U.F. 0,5.
 - Afiliada/o con 2 o más cargas legales = U.F. 1,0
 - Monto máximo de reembolso anual: 300 U.F por asegurado.
 - Posee cobertura automática para todos los afiliados al Servicio de Bienestar, la aseguradora no podrá exigir Declaración de Salud, tanto al inicio como en cualquier momento durante la vigencia del contrato y cubre enfermedades preexistentes.
 - Beneficios adicionales: servicio de telemedicina; cotizador de medicamentos; descuentos en prestadores médicos, ventanilla única en clínicas y hospitales, entre otros

COBERTURAS DE TU SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

- Tu plan de coberturas cubre lo siguiente:

COBERTURAS SALUD	% VIA BONO	% VIA REEMBOLSO	TOPE POR EVENTO	TOPE ANUAL UF	% Reembolso PAD
GASTOS AMBULATORIOS					
Consultas Médicas	60	40	0,4	10	
Exámenes y Procedimientos (Incluye Kinesiología)	54	40	Sin tope	12	
Cirugía Ambulatoria (incluye Cirugía Laser con Dioptrías igual o superior a 3)	50	50	Sin tope	50	50
Medicamentos Ambulatorios (incluye genéricos, bio-equivalente y de marca)	45	45		14	
CAEC ambulatorio (copago)	50	50	Sin tope	Sin tope	
GES ambulatorio (copago)	50	50	Sin tope	Sin tope	
SALUD MENTAL Y OTROS					
Consulta y Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicológico, Psicopedagógico, Fonoaudiológico y Nutricionista.	50	40	0,4	8	
Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica	45	40		10	
OTROS GASTOS AMBULATORIOS					
Óptica (incluye marcos, cristales y lentes de contactos)	50	50		5	
Prótesis y Órtesis (incluye audífonos, silla de ruedas y coche neurológico)	60	60		15	
GASTOS HOSPITALARIOS					
Día Cama hasta 30 días	80	80	Sin tope	4 por día	
Día Cama exceso 30 días	50	50	Sin tope	4 por día	
Servicios Hospitalarios (Derecho a Pabellón - Cirugía Dental por Accidente - Ambulancia Terrestre, Servicio de Enfermería, Medicamentos e Insumos), Honorarios Médicos Quirúrgicos y Día cama UTI/UCI	45	40	Sin Tope	Sin tope	50
CAEC Hospitalario (copago)	50	50	Sin tope	Sin tope	
GES Hospitalario (copago)	50	50	Sin tope	Sin tope	
GASTOS MATERNIDAD					
Parto Normal	45	30		15 por Evento	50
Cesárea	45	30		20 por Evento	
Aborto no Voluntario	45	30		10 por Evento	
Complicaciones del Embarazo o del Parto	45	30	sin tope	sin tope	
SIN COBERTURA - NO CODIFICADOS					
GASTOS NO CODIFICADOS O SIN COBERTURA POR ISAPRE O FONASA. (ítem ópticas FONASA mantiene 50% de reembolso).	50 (del ítem respectivo)			10 anual	

MONTO MAXIMO A REEMBOLSAR AL AÑO	UF 300 POR ASEGURADO
DEDUCIBLE ANUAL	Afiliada/o sola(o) sin cargas legales = U.F. 0,0
	Afiliada/o con 1 carga legal = U.F. 0,5
	Afiliada/o con 2 o más cargas legales = U.F. 1,0



COBERTURAS ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS

- El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizará desde la fecha de emisión de los respectivos bonos, cuentas clínicas y/o boletas particulares.
- Aquellos gastos que no tienen coberturas en el sistema de salud del afiliado, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso). Los gastos del ítem ópticas de Fonasa mantienen el 50% de bonificación.
- Se reembolsarán los gastos de los asegurados que, teniendo cobertura en el seguro, sean pagados por medio del uso de sus excedentes en la Isapre.
- Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- Se deben cubrir las prestaciones o gastos médicos derivados del coronavirus (COVID-19), tanto preventivas (exámenes), como curativas (atención ambulatoria u hospitalaria).
- Se reembolsarán vitaminas y minerales sólo en el caso de mujeres embarazadas e hijos menores de 12 años (hasta 12 años y 364 días) y vitaminas en caso de enfermedades óseas, previa evaluación médica y presentación de exámenes clínicos.
- Complicaciones del embarazo: corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta accreta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
- Complicaciones del parto: corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamionitis y endometritis, ente otras.

- Las prestaciones de psicología, kinesiología, fonoaudiología y psicopedagogía deben ser derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica no superior a 180 días desde la emisión, donde señale el diagnóstico, tipo de tratamiento y el número de sesiones. Además, este seguro contempla prestaciones de nutricionista, que sean derivadas por un profesional médico y las cuales serán reembolsadas bajo porcentajes y topes del Ítem plan de salud también con una vigencia máxima de 180 días desde la emisión del documento.
- El procedimiento para la conservación de producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crioconservación de médula ósea) será cancelada bajo el ítem de Prótesis y Ortesis, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
- Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y al momento de reclamar la prestación se debe informar diagnóstico y duración de tratamiento, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
- Los tratamientos para bajar de peso estarán cubiertos para el diagnóstico obesidad en los casos de asegurados que cuenten con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m² y que cuenten con patologías asociadas, lo cual debe ser acompañado de exámenes e informe médico que lo corroboren.
- Se pagarán los medicamentos para bajar de peso sólo en caso de diabetes diagnosticada, no cubrirá para resistencia a la insulina u otro diagnóstico y siempre y cuando exista informe y exámenes médicos que lo acrediten.
- La Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC) tendrá cobertura con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al Ítem específico si lo contempla el plan y siempre y cuando el asegurado presente un Índice de Masa Corporal mayor que 40 Kg/m² y la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, lo anterior, en caso de asegurados cuyo IMC sea mayor o igual a 35 con patologías asociadas de acuerdo a las patologías definidas en la norma ministerial, como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, los gastos serán sometidos a evaluación por parte de Contraloría Médica de Vida Cámara, a fin de determinar la procedencia de la cobertura.
- Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- Serán reembolsados los gastos de óptica, incluye: marcos, cristales, lentes (ópticos, de contacto o de sol con dioptría), la receta debe indicar diagnóstico del médico, su reembolso aplicará siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Previsional (excepto Fonasa para menores de 55 años, los afiliados a Fonasa desde los 55 años deben solicitar previamente el reembolso en dicha entidad). También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
- Para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo diagnosticado como severo se pagan todos los gastos asociados a la patología, previa presentación de informe médico que indique diagnóstico y tratamiento. (Se excluyen lociones, jabones y bloqueadores solares).
- El servicio de traslado de ambulancia es para trasladar al asegurado desde y hacia un hospital, dentro de un radio de 50 kilómetros. El asegurado debe quedar hospitalizado.

- Para cualquier extracción a la piel, se solicitará el resultado de biopsia, esto para descartar que haya sido con fines estéticos.
- Las infiltraciones se cubren como procedimiento siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
- Se reembolsarán las prótesis y ortesis solo si están codificadas en arancel Fonasa, para ello es necesario que la receta indique el nombre de la prótesis u órtesis y/o el código respectivo, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
- Las prestaciones médicas realizadas en el extranjero en las zonas limítrofes tendrán coberturas según el plan del reembolso.
- El reembolso de medicamentos ambulatorios, sólo se efectuará si la boleta especifica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica y en lo posible el correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una validez máxima de 6 meses. Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.
- Se dará cobertura dentro de Gastos Ambulatorios a controles preventivos ginecológicos que incluye consulta médica, examen Papanicolaou (PAP), antimicóticos, Ecotomografía transvaginal y mamografía.
- Se dará cobertura dentro de Gastos Ambulatorios a control del niño sano que incluye: Consulta médica, radiografía de cadera hasta los 5 meses y las vitaminas dentro Gastos de Medicamentos hasta los 12 años y 364 días.
- Se otorga cobertura dentro de Gastos de Medicamentos a Hormona del crecimiento para hijos hasta los 10 años y 364 días de edad, previa evaluación médica, para lo cual, deberá aportar la siguiente información mínima: Informe del endocrinólogo infantil tratante, exámenes clínicos: Radiografía Edad Ósea, análisis de sangre para medir los niveles hormonales y otros exámenes que determine el profesional.
- Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastía: Se reembolsará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, bajo esta cobertura se liquidarán todos los gastos del procedimiento diagnóstico incluyendo cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastía siempre y cuando la deformidad de la nariz permita corregir la permeabilidad, con el fin de solucionar la obstrucción nasal, para lo anterior el asegurado al momento del denuncia del siniestro deberá presentar el informe del médico tratante, rinomanometría, TAC de cavidades perinasales, u otros exámenes que respalden la mala respiración y descarten que la cirugía sea de carácter estético, la prestación debe ser realizada por un Cirujano especialista y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa).
- Se entrega cobertura a silla de ruedas y coche neurológico bajo el porcentaje y tope del ítem órtesis y prótesis del plan de reembolso.

- Se dará cobertura bajo el ítem de cirugía ambulatoria, a todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 3 o superior, a lo menos en uno de los ojos, incluyendo el procedimiento laser.
- Póliza contempla el reembolso de gastos por Cirugía Reconstructiva o Reparadora, cuando esta esté asociada a un Cáncer de Mama de acuerdo al Ítem respectivo.
- Cubre gastos médicos provenientes de enfermedades o malformaciones congénitas, las que se pagarán en el porcentaje y tope del ítem respectivo a la prestación según plan de reembolso.
- Se reembolsarán gastos provenientes de Recetas Magistrales siempre y cuando exista un diagnóstico médico y contenga un componente medicamentoso (compuesto químico activo). La receta médica debe señalar que se trata de un preparado magistral, identificación del profesional que prescribe, identificación del paciente, prescripción magistral y duración del tratamiento, firma y fecha.
- Insumos: Los gastos de insumos para procedimientos ambulatorios o exámenes, se bonificarán al 50% del valor del ítem respectivo (vía reembolso).
- Cobertura Medicamentos Biológicos e Inmunoterapias. Este seguro cubre el tratamiento de enfermedades con medicina biológica, que tengan cobertura en Isapre o Fonasa, previa presentación de diagnóstico e informe médico que fundamente su uso y corresponda la cobertura. Estos reembolsos deberán considerar los porcentajes y topes establecidos en la tabla de beneficios en el ítem de medicamentos o procedimientos (del ítem ambulatorio) u hospitalario según corresponda. Aquellos gastos que no tienen coberturas en el sistema de salud del afiliado, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
- Se deberá considerar los procedimientos y reglamentación del Servicio de Bienestar de la Institución en el proceso de incorporación de cargas familiares.
- En caso de atención de urgencia, se deberá presentar a la compañía el comprobante de la atención de urgencia emitido por el establecimiento (clínica, hospital, etc.) o comprobante que entregue el respectivo profesional médico, según corresponda, que indique los datos del paciente, diagnóstico de ingreso y las prestaciones realizadas. Junto con las boletas, bonos o facturas que corroboren el pago realizado. En caso de contar con Isapre debe primero realizar el reembolso en dicha institución.
- Todos los afiliados al Servicio de Bienestar de la Institución (activos y jubilados), deberán ser asegurados por la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., sin ningún requisito previo, para este efecto, será suficiente la información que remita dicho servicio a Vida Cámara, mediante una nómina que la institución entregará al inicio de vigencia de la(s) póliza(s), la que será actualizada dentro de los primeros veinte días corridos del mes siguiente al ingreso y egreso de afiliados al Servicio de Bienestar, según corresponda.



REEMBOLSOS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Solo puedes solicitar un reembolso después de la bonificación o rechazo de tu sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa). Para solicitarlo necesitas reunir los documentos mínimos necesarios según el gasto médico incurrido:

Consultas Médicas, Exámenes o Procedimientos (*):

- Bono Isapre/Fonasa.
- Boleta del pago realizado con detalle.
- Copia de orden médica (exámenes y procedimientos).

(*) En caso de reembolso en Isapre, debe adjuntar comprobante de reembolso, orden médica, boleta o bono, según corresponda.

Gastos en Medicamentos Recetados (*):

- Receta de los medicamentos que contenga los datos del paciente, diagnóstico y la fecha en que fue otorgada.
- Boleta de pago realizado con detalle.

(*) Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una vigencia de 6 meses.

Gastos Ópticos, Prótesis y Órtesis (*):

- Orden Médica.
- Boleta del pago realizado con detalle.
- Bono Isapre/Fonasa.

(*) En caso de reembolso en Isapre, debe adjuntar comprobante de reembolso, orden médica, boleta o bono, según corresponda.

(*) Afiliados mayores de 55 años deben reembolsar lentes y audífonos en Fonasa.

Gastos Hospitalarios:

- Programa Médico.
- Prefactura con el detalle de los pagos.
- Bonos emitidos por tu Isapre o Fonasa.
- Boletas por los pagos realizados al hospital/clínica.
- Epicrisis.
- Protocolo Operatorio.
- Declaración simple de los hechos en caso de accidentes (ver en intranet).
- Informe Médico Tratante en los casos de cirugía por obesidad y cirugía ocular (ver en intranet).

Plazos para presentar una solicitud de reembolso:

- Reembolso ambulatorio: 121 días corridos.
- Reembolso hospitalario: 121 días corridos.

Es importante que todos los documentos presentados como boletas; bonos; documentos de respaldo; entre otros sean originales, legibles y digitales.

Plazos de pago de las solicitudes de reembolso:

- Gasto ambulatorio: 5 días hábiles.
- Gasto hospitalario (menor a 1 millón): 6 días hábiles.
- Gasto hospitalario (mayor a 1 millón): 10 días hábiles.
- Siniestro de seguro de vida: 14 días hábiles.

Eventualmente, algunas ocasiones te pediremos más información para evaluar tu solicitud de reembolso. En estos casos tu solicitud será rechazada, pero una vez que ingreses los antecedentes pendientes podrás hacer su seguimiento con el nuevo número de solicitud que te asignaremos.

Documentos Adicionales Frecuentes que te Podríamos Solicitar:

- Informe Médico tratante, certificado o diagnóstico.
- Resultado de exámenes.
- Historial de prestaciones Fonasa/Isapre.
- Liquidación SOAP en caso de accidentes automovilísticos.
- Timbre "No Bonificable" que certifica los gastos no cubiertos por Isapre.
- Ficha Clínica.
- Parte policial en caso de accidentes.
- Prefactura para gastos hospitalarios.
- Protocolo Operatorio en cirugías.
- Bonos Isapre/Fonasa.

Plazo para informar la disconformidad de la liquidación de gastos médicos o de presentación de antecedentes adicionales que solicite la Compañía de Seguros: 100 días corridos.

Exclusiones de cobertura

Tratamientos estéticos; tratamientos de consumo de adicciones; tratamientos de fertilidad; terapia ocupacional; curaciones; atenciones dentales (excepto por accidentes); esterilización femenina o masculina; negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado; tratamientos con componentes naturales (excepto piascledine para enfermedades óseas), vacunas; entre otras.

Los documentos presentados deben ser fidedignos y sin adulteraciones, los cuales son validados en sus respectivos prestadores.



COBERTURA EN LINEA PARA TUS GASTOS DE SALUD

Las coberturas en línea son aquellas que realizan el reembolso en línea, es decir verás la bonificación realizada de inmediato. Con esto, no necesitas presentar solicitudes de reembolsos.

CONSEJOS DE BUEN USO

- Siempre utiliza tu prestador preferente según tu sistema previsional, así lograrás mayor cobertura.
- Aprovecha los convenios Vida Cámara en cuanto a reembolso en farmacias. Recuerda siempre cotizar y buscar la alternativa más económica para luego reembolsar tu copago final.
- Siempre verifica la cobertura de tu Plan de Reembolso.
- Recuerda utilizar el servicio de Telemedicina General Ilimitada sin costo.

1.- IMED



Reembolso inmediato con tu huella digital en centros médicos en convenio con este sistema.

2.- FARMACIA EN LÍNEA



Bonificación y cobertura inmediata al presentar la cédula de identidad del asegurado titular y receta médica correspondiente en farmacias en convenio, Pero recuerda que estas farmacias no siempre tienen los precios más convenientes.

3.- COMPARADOR Y COMPRA DE MEDICAMENTOS YAPP



Adicionalmente puedes de manera online comparar, cotizar y comprar medicamentos a través de plataforma Yapp o bien de manera física en las farmacias adheridas (reembolso en línea), para ello Ingresa a : <https://vidacamara.yapp.cl/>

1. PLATAFORMA DE BIENESTAR

Debes ingresar a través de la Plataforma de Bienestar los documentos de respaldo del gasto médico en formato digital (pdf, jpg, jpeg).

El Servicio de Bienestar enviará diariamente las solicitudes y documentos digitales a la compañía de seguros. Ingrese con su correo electrónico JUNJI y clave aquí (<https://bienestar.junji.gob.cl/login>)

2. REEMBOLSO APP



Descarga la aplicación en tu celular y podrás reembolsar tus gastos médicos ambulatorios, medicamentos y hospitalarios. Además, podrás acceder a beneficios exclusivos y autogestión de tu seguro. Revisa aquí:

<https://www.youtube.com/watch?v=L5dbyLudKmw>

3. WHATSAPP



Puedes enviar tus solicitudes de reembolso por WhatsApp a través de nuestro Bot Clara al número + 56 9 6509 99 36.

Revisa un video aquí

https://www.youtube.com/shorts/9zgIR_GKhQU

4. VENTANILLA UNICA

En caso de hospitalizaciones, en clínicas con convenio, puedes acceder a que los reembolsos sean gestionados de forma interna entre la clínica, tu sistema de previsión de salud y Vida Cámara. Ahorra tiempo y accede a un copago final a cancelar menor, ya que el seguro habrá aplicado las coberturas de la póliza antes del pago. Revisa Clínicas en convenio aquí:

<https://www.vidacamara.cl/vida-consciente/beneficios-y-descuentos/detalle/beneficios-ventanilla-unica>

Beneficios:

- Evita el trámite manual que significa la solicitud de un reembolso.
- El copago final a cancelar por el asegurado en la clínica será menor ya que el seguro habrá aplicado las coberturas de la póliza.



EL PAGO DE TU REEMBOLSO

El pago de tu reembolso será en la misma cuenta en la que se paga tu remuneración.

Si no tienes una cuenta, se emitirá el pago de tu reembolso a través de las sucursales de SERVIPAG a nivel nacional, si el monto a reembolsar es mayor a \$500.000 se emitirá vale vista en banco BCI.

Se informará por correo electrónico JUNJI la resolución de tu solicitud, la cual puede ser aceptada o rechazada.

BENEFICIOS Y CONVENIOS

Todos nuestros beneficios y convenios puedes encontrarlos en nuestro centro de ayuda en nuestra página web. Nuestra APP te dará acceso a beneficios exclusivos.

SISTEMA DE CONTROL DE GASTOS

Vida Cámara cuenta con un sistema de control y supervisión de gastos que le permite entre otras cosas, validar la numeración y autenticidad de los documentos de respaldo del gasto, como bonos, boletas, etc. mediante consulta que realiza a la plataforma de Servicios de Impuestos Internos, Fonasa, otras entidades.



TELEMEDICINA MEDISMART FULL – SERVICIOS GRATUITOS

Medismart con acceso a telemedicina 24/7 Plan full de cobertura en variadas especialidades, en la cual puedes agendar con tu especialista y acceder a muchos beneficios de atención ilimitada y otros mensuales y anuales. Para ello ingresa a:

Ingreso de Usuario

RUT

11111111-1

Clave

Clave

¿Olvidaste clave?

INGRESAR

1.- Ingresar al link:

- Opción 1: <https://vidacamara.medismart.live>:
- Opción 2:
<https://vidacamara.medismart.live/account/loginpaciente?ReturnUrl=%2F>

2.- Rut: Ingresar Rut de Afiliada/o

3.- Clave: ingresar 6 primeros dígitos de Rut de afiliada/o

 Medicina general ILIMITADO	 Psicología ILIMITADO	 (*)Psiquiatría 4 ANUALES	 Dermatología 1 MENSUAL
 Geriatría 1 MENSUAL	 Ginecología 1 MENSUAL	 Matrnería ILIMITADO	 Pedriatría ILIMITADO
 Kinesiología 1 MENSUAL	 Medicina familiar Adulto 1 MENSUAL	 Urología 1 MENSUAL	 Psicol. Infanto-juvenil 1 SEMANAL
 Fonoaudiología 10 ANUALES	 Traumatología 1 MENSUAL	<p>(*) Psiquiatría: Para acceder a una teleconsulta de Psiquiatría el paciente debe ser derivado por un psicólogo Staff Medismart. Si el paciente no asiste a la teleconsulta de igual manera se descontará de su cupo anual.</p>	

BENEFICIOS Y CONVENIOS

Para acceder a todos nuestros beneficios y convenios disponibles, solo debes indicar tu Rut de asegurado y señalar que perteneces al convenio de Vida Camara, de esta manera accederás a los siguientes beneficios:

DESCUENTOS EN PRESTADORES EN CONVENIO



20% Descuento en el copago de Exámenes de Laboratorio Exámenes Rayos X, Ecografía, Tac Scanner, Resonancia, Mamografía (Tope por evento de \$ 100.000 y Tope Anual de \$ 200.000 por prestación. Centros médicos en Providencia, Las Condes, Vitacura, Antofagasta y Calama.)



20% Descuento en consultas médicas, exámenes de Imagenología y exámenes de laboratorio, kinesiología, cardiología, evaluación física y asesoría deportiva.



10% Descuento en el copago de exámenes de Laboratorio y exámenes de Imagenología en sus servicios en la Región Metropolitana y en Puerto Montt. Más información en: www.medicenter.cl.



10% Descuento en el copago de exámenes de Laboratorio. Y en Cirugía Lasik:

- Evaluación y exámenes gratuitos para determinar problemas a la visión
- Control y tratamiento post operatorio
- Kit de gotas, protector y lentes de sol gratuitos.
- Asesoría personalizada para lograr una correcta bonificación en el sistema previsional.



20% Descuento en el valor de los productos marca Pharmaknop.

15% Descuento en el valor de los productos de Knop Laboratorios.



45% Descuento en atención médica de baja y mediana intensidad: consultas e imágenes de urgencia.

15% Descuento en procedimientos, insumos y medicamentos de urgencia.



Encuentra tus medicamentos a precios accesibles. Ofertas especiales

En el programa de apoyo a pacientes crónicos. Las ofertas dependerán del laboratorio y del medicamento.



¿QUE SUCEDE SI EL SISTEMA PREVISIONAL NO CUBRE UN BENEFICIO

Aquellos gastos que no tienen coberturas en el sistema de salud del afiliado, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso). Los gastos del ítem ópticas de Fonasa mantienen el 50% de bonificación.

SEGURO DE VIDA

Cubre al titular del riesgo de fallecimiento por enfermedad o accidente según las condiciones generales de la póliza depositada en el registro de Pólizas bajo el código POL220131675.

Cubre a todos los afiliados titulares al Servicio de Bienestar (activos y jubilados).

En caso de siniestro, el beneficiario o sus herederos deberán presentar a la compañía la siguiente documentación:

- Certificado de defunción con expresa mención de causal, emitido por el Registro Civil.
- Fotocopia de cédula de identidad del asegurado y del o de los beneficiarios por ambos lados.
- Se debe presentar designación de beneficiarios firmada por el titular en caso de existir.
- En caso de no existir designación, los beneficiarios son los herederos legales, para lo cual se deberá presentar: posesión efectiva, cédula de identidad por ambos lados de los herederos legales.
- El pago de la cobertura de vida será realizado a través de vale vista a los beneficiarios, según designación o posesión efectiva según corresponda.

Debes ingresar aquí para descargar el formulario de Designación de Beneficiarios y luego enviar a tu Servicio de Bienestar:

https://www.vidacamara.cl/docs/default-source/formularios/designacion_beneficiario_vida_formulario.pdf?sfvrsn=9c684341_3

No es necesario que los afiliados que ya presentaron designación de beneficiarios en seguro anterior (desde 05.05.2023 al 04.05.2025) presenten una nueva, debido a que es la misma Aseguradora y Contratante, por lo tanto, para efectos de siniestros de vida, en este nuevo seguro se considerara la última designación recibida, ello es sin perjuicio, que el afiliado que lo desee, pueda actualizar esta designación. Los nuevos afiliados pueden presentar designación de beneficiarios y modificarla dentro del periodo de vigencia del seguro.

Si completan la designación de manera digital, lo deben acompañar con la foto o copia del Carnet de Identidad (ya que este reemplaza la firma) caso contrario, debe ser firmado de puño y letra.

Este seguro de vida se pagará dentro de 14 días hábiles, a contar de la fecha de recepción conforme de los documentos en la compañía, mediante vale vista en Banco BCI.

CUALQUIER DUDA CONTÁCTATE
CON TU SERVICIO DE BIENESTAR O CAIP REGIONAL

