



MANUAL DE USUARIO PARA REEMBOLSOS DENTALES

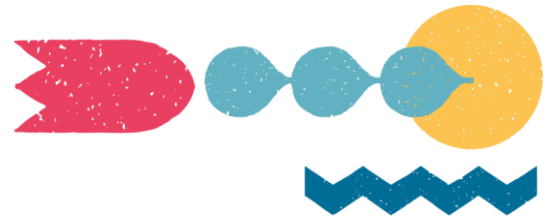
ENERO 2023

A contar de diciembre del 2020, el Servicio de Bienestar **Reembolsa los gastos Dentales de sus Afiliados** a través del nuevo sistema informático de autoatención que se encuentra en Intranet. Por tanto, todos los *afiliados activos* deben reembolsar sus gastos a través de esta nueva plataforma, para lo cual es necesario contar con correo institucional vigente (la activación de su correo puede realizarse a través del CAIP telefónico: 26546060).

Los/as *afiliado/as jubilado/as*, al no tener una cuenta de correo vigente, aún no pueden realizar reembolsos en el sistema de Bienestar, por lo tanto, deben continuar reembolsando vía correo electrónico a través de su ejecutiva de atención.

De esta manera, se pretende en un mediano plazo y gradualmente, que todos los beneficios del Servicio de Bienestar sean solicitados a través de este medio.

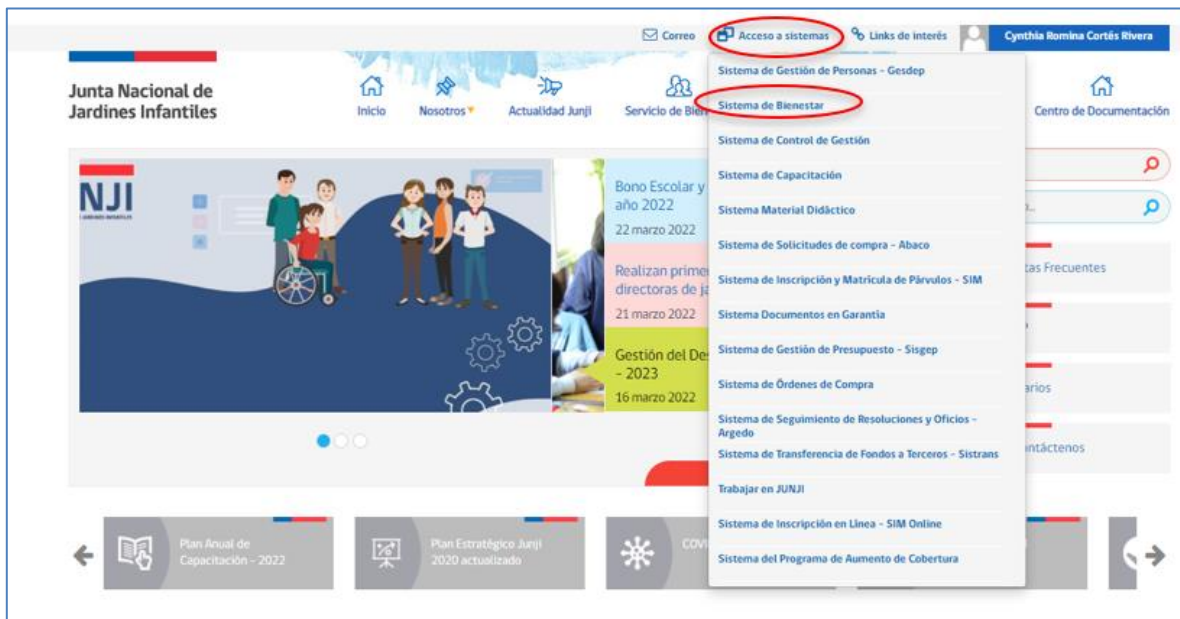




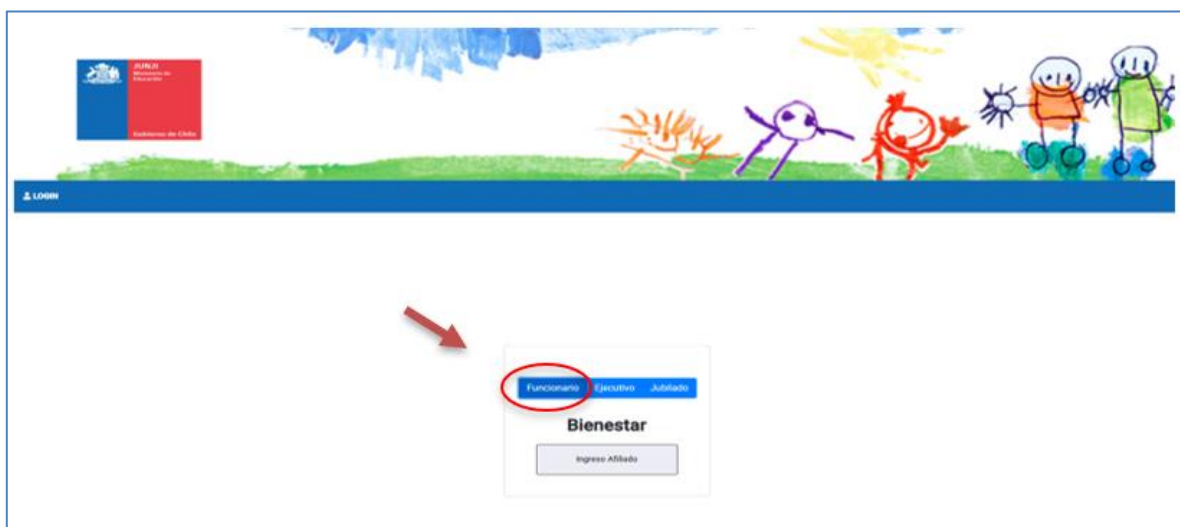
¿Cómo acceder a la plataforma de Bienestar?

1. Se debe entrar al siguiente link: <https://bienestar.junji.gob.cl/> o ingresar a la intranet <https://www.junji.gob.cl/>

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).

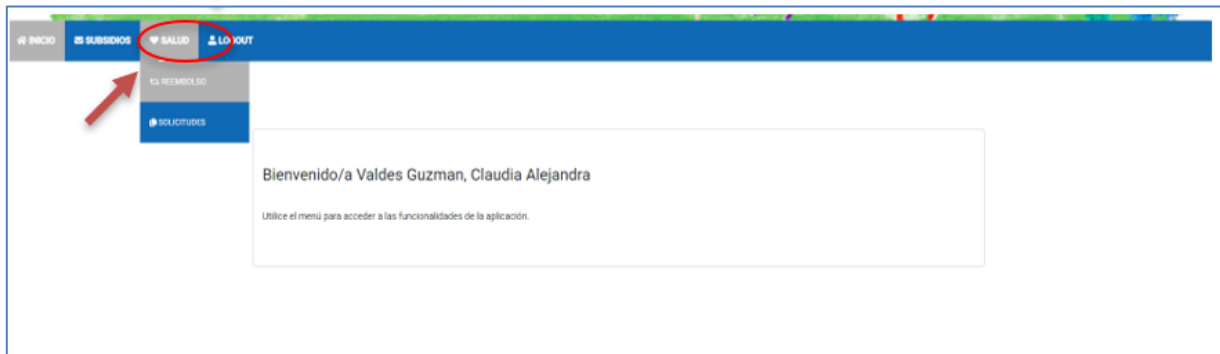


2. Al ingresar, debe hacerlo como **“Funcionario”**

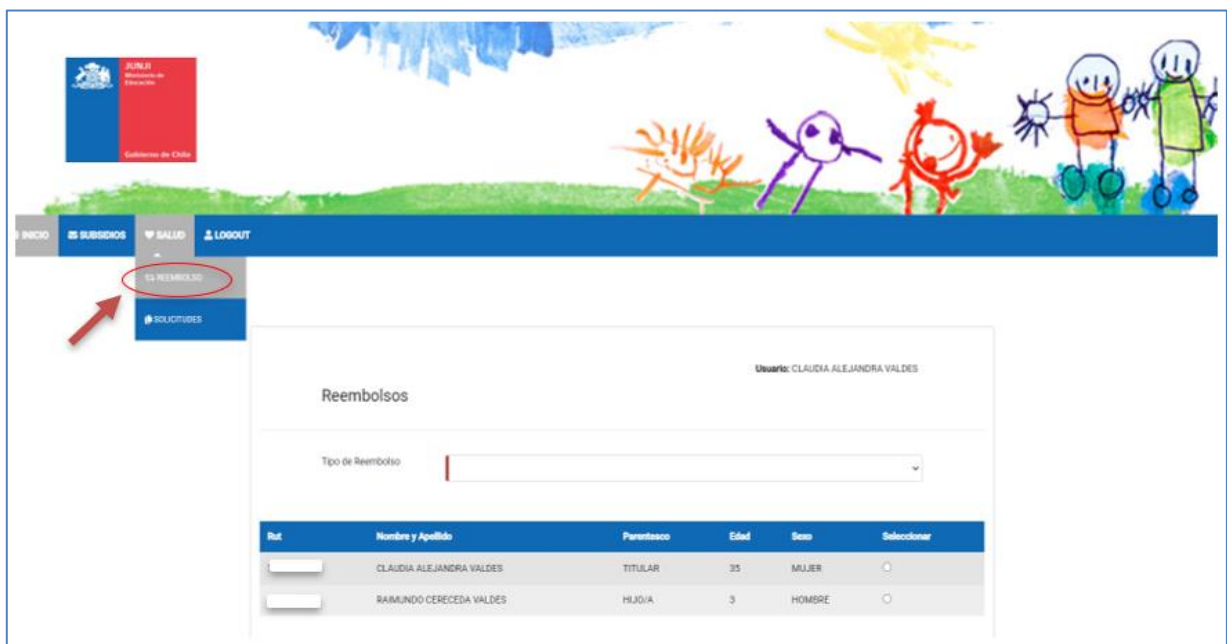




3. Ingresar en la pestaña de “Salud”



4. Seleccionar “Reembolso”





5. Seleccionar el “Beneficiario”

Debe seleccionar sólo una opción. El beneficiario que corresponde indicar es aquel que recibió la prestación médica y se encuentra detallado en el bono o boleta.

Debe ordenar y separar sus documentos:

- Por beneficiario
- Por tipo de prestación



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”

Luego de separar sus documentos por beneficiario (titular o cargas familiares), debe indicar en Tipo de Reembolso: **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**.



Reembolsos

Tipo de Reembolso: ATENCION ODONTOLOGICA

Datos de Reembolso

Categoría de Prestación:

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

8. Seleccionar “Sub Categoría de prestación”

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

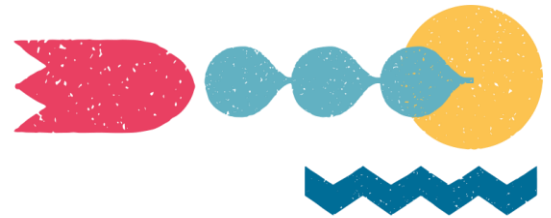
Datos de Reembolso

Categoría de Prestación:

SubCategoría de Prestación:

Rut Prestador:

Tipo de Documento:



9. Ingresar el “Rut Prestador”

- Si es una **Prestación particular** de un dentista, debe indicar el Rut que se detalla en el bono o boleta. De ser una **Prestación del Centro Médico o Dental**, debe indicar el Rut de la empresa.
- 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 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. 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. Con el **comprobante de pago**, se solicita reembolso en Bienestar. Si su plan de Isapre cubre prestaciones dentales, debe solicitar previamente su reembolso.

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 deben ser digitales y contener los datos del paciente, fecha de emisión, monto cancelado y detalle de la prestación.

11. Seleccionar la “Fecha del documento”

Debe indicar la fecha de ocurrencia de la prestación dental que se detalla en el bono/boleta/reembolso, se debe indicar la fecha exacta de la prestación.



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)



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

Bono:

Fecha de la prestación → 15/11/2018

Número del bono → 737247787

Número de folio a ingresar a plataforma → 737247787

Copago → 12.188

Rut del prestador → 22.222.222-2

Consalud
BONO DE ATENCION AMBULATORIA

Fecha Emisión : 15/11/2018 Hora : 15:59
Afiliado : 14. -7 MARIA JOSE Convenio : 12.003 Megasalud Punta Arenas Dental
Beneficiario : 23. -8 FRANCO IGNE (Edad) : 9 SEXO : M
DIRECCION : CALLE 3 PUNTA ARENA

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

Saldo copago del Beneficiario : 12.188

PROFESIONAL / INSTITUCION : 22.222.222-2
MEDICO TRATANTE : FERNANDO LUIS ROJAS AGUILA

Dental VIP 80
Especialidad : ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Firma Beneficiario
Firma Profesional/Institución

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

737247787

Voucher:

Rut prestador → 22.222.222-2

Fecha de la prestación → 02/02/2022

Copago → \$25.000

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

TARJETA DE DEBITO
TRIQUENT LTDA
SERVICIOS ODONTOLOGICOS WEBER Y PARTINEZ
GENERAL ALONSO 710
764792349
TERUCCO
587036130059 121.1A1
VALIDO COMO BOLETA

FECHA : 02/02/2022
FECHA CONTABLE : 02/02/2022
NUMERO DE TARJETA : 00000000000000000000
VISA DEBITO
MONTO : \$25.000
TOTAL : \$25.000
NUMERO DE OPERACION : 001167
CODIGO DE AUTORIZACION : 240820
MONEDA : PESO

COPIA CLIENTE
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

*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 → **RUT: 17.727.244-2**

BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA
N° 179 → **Número de folio a ingresar en plataforma**

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): [REDACTED]
Domicilio: TEMUCO, TEMUCO

Por atención profesional:
TRATAMIENTO ORTODONCIA

Total Honorarios \$: 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.

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**

RUT 76.338.139-0
SOCIEDAD DE ODONTOPIEDRIA CLINICA MUC SPA
CENTROS DE ATENCION ODONTOLÓGICA
PRIVADOS
Cochrane 635 torre B of 403
CONCEPCION

Fecha Emisión: 10 de enero de 2022 → **Fecha de la prestación**

Señor(es): [REDACTED]
RUT: [REDACTED]
Dirección: Cochrane 635 B, oficina 403
Contacto: exco@bago.cl

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

Copago

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

Copago para el caso de Fonasa

TOTAL \$
Monto Exento: 25.000
Total: 25.000

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

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, los datos del Voucher (siendo la boleta el documento principal).
- 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

COMPROBANTE DE VENTA

TARJETA DE DÉBITO

GUARDE ESTE LIDA

CLINICA DENTAL VASQUEZ & OSORNO LIMITADA

ESTADO 115 OFIC 206 215 206

76.430.194-3

SANTIAGO

58703278460-121.3A1

VALIDO COMO BOLETA

FECHA 23/02/2022 HORA 11:50:32

FECHA CONTABLE -00

NÚMERO DE TARJETA NÚM DE CUENTA E-20

VISA DÉBITO

MUNDO NEGRO

TERMINAL

AS000000031010

\$64.587

\$12.282

\$76.990

TOTAL \$76.990

NÚMERO DE OPERACIÓN: 603113

CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN: 888888

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

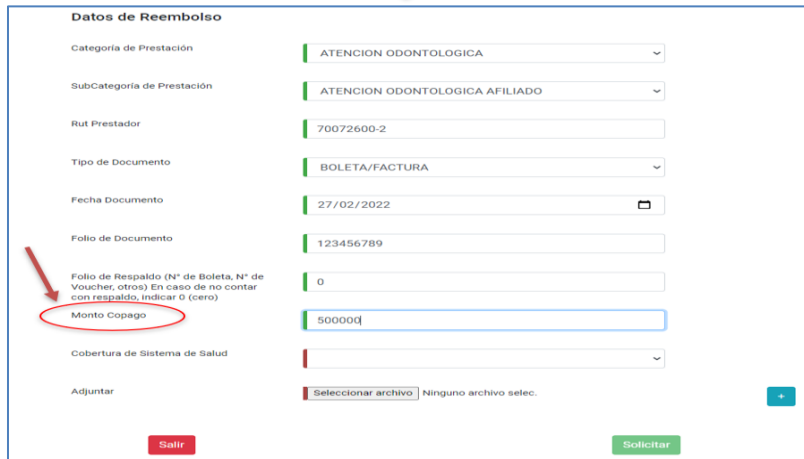
Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado



14. Indicar el “Monto del copago”

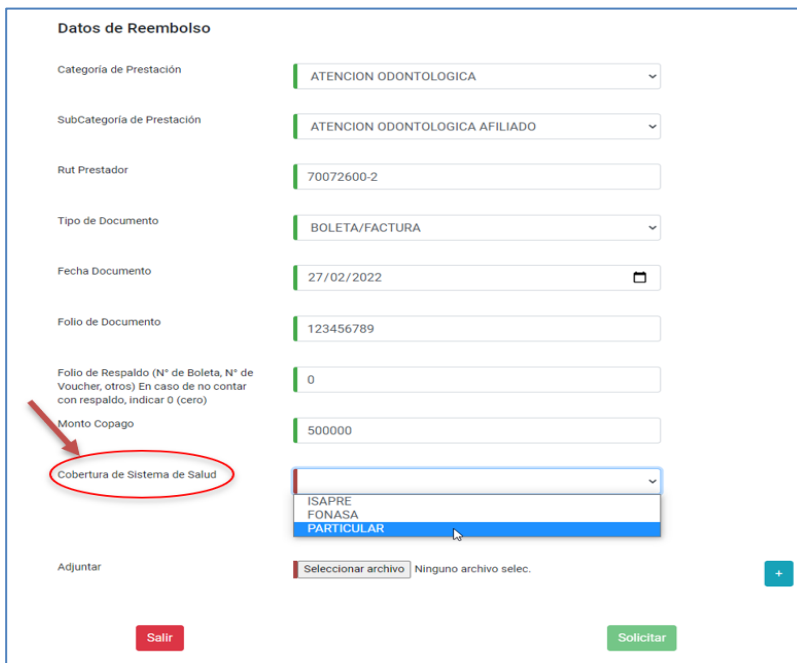
El copago corresponde al monto total, ya descontado el aporte de su Previsión de Salud y de otros seguros complementarios si corresponde. Escribir el monto que pagó por la prestación médica, sin puntos:



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	
Adjuntar	Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.
Salir Solicitar	

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”.



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	ISAPRE FONASA PARTICULAR
Adjuntar	Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.
Salir Solicitar	



16. “Adjuntar” el archivo

- Se deben adjuntar todos los documentos solicitados:

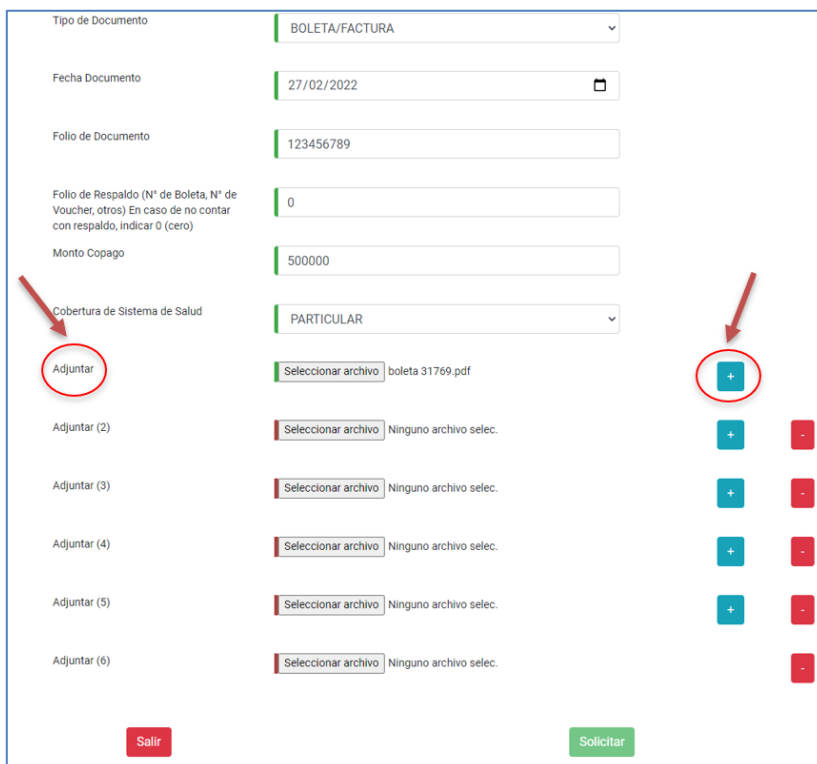
1. Formulario Solicitud de Reembolso Dental (Formato en intranet)

2. Boleta

3. Voucher

4. Presupuesto Dental

- 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.
- No se aceptan capturas de pantalla (Screenshot, pantallazo)



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

Adjuntar (2): Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.

Adjuntar (3): Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.

Adjuntar (4): Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.

Adjuntar (5): Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.

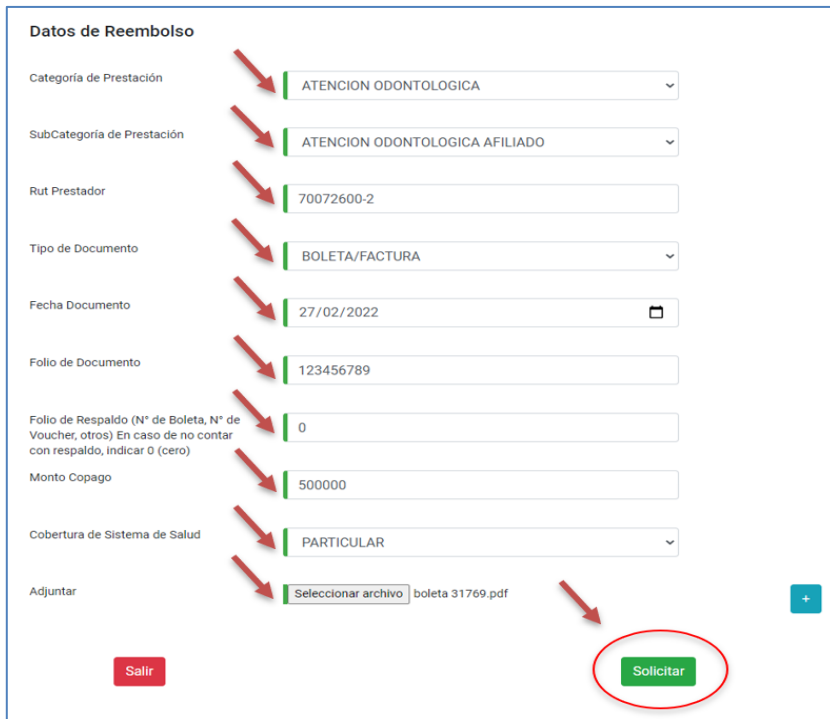
Adjuntar (6): Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.

Salir Solicitar



5. Al “Solicitar”

Para que sea finalizado el proceso debe solicitar y fijarse que todos los ítems estén de 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

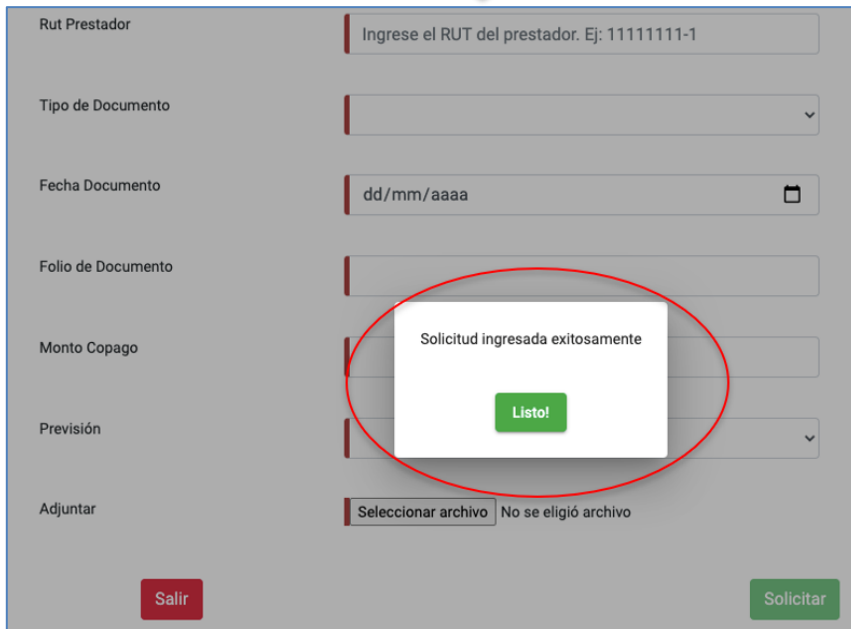
Cobertura de Sistema de Salud: PARTICULAR

Adjuntar: Seleccionar archivo | boleta 31769.pdf

Solicitar

6. “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

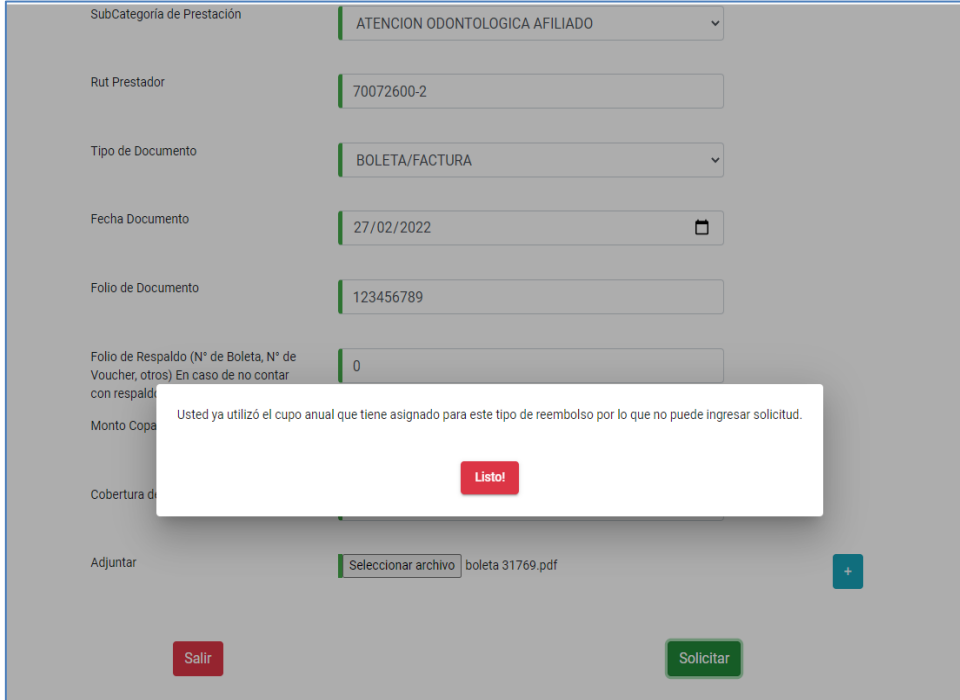
Solicitud ingresada exitosamente

Listo!

Solicitar



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: [input field]

Cobertura de: [input field]

Adjuntar: Seleccionar archivo boleta 31769.pdf

Buttons: Salir, Solicitar

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

7. Notificaciones automáticas

Recibirá en su bandeja de entrada del correo institucional, un mail de notificación del estado que se encuentra el beneficio.

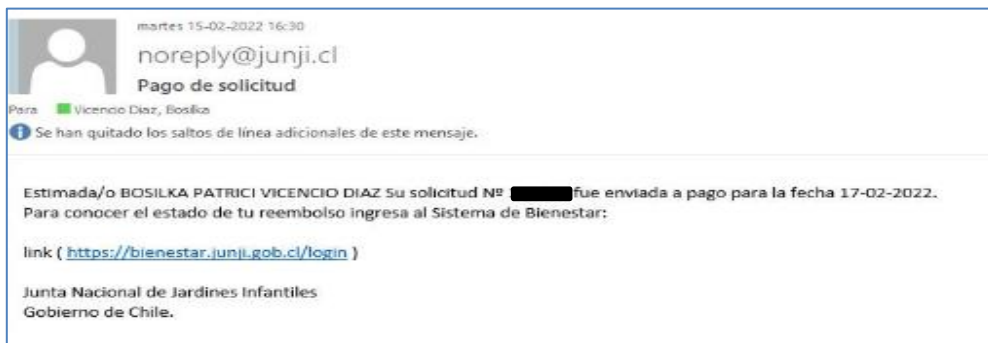




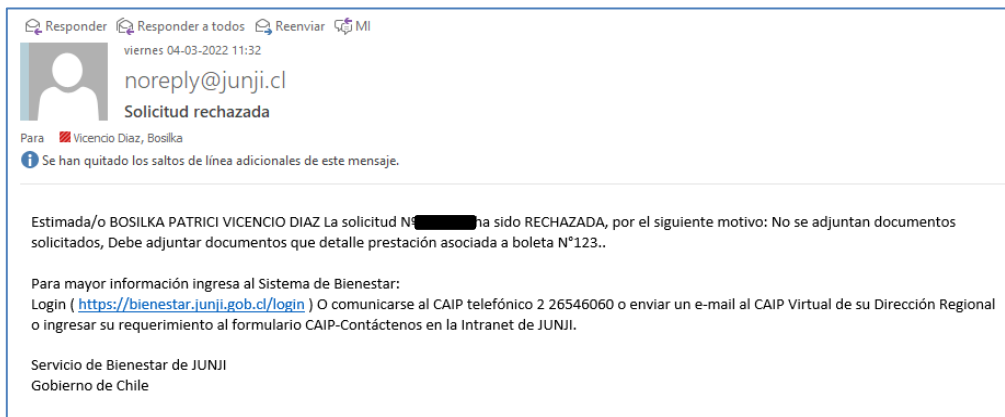
Luego de ser aprobada por una ejecutiva, recibirá la siguiente notificación:



Posteriormente a la aprobación, entre el próximo lunes o martes, recibirá un correo que indicará la fecha de cancelación del beneficio.



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.





8. Solicitudes ingresadas

Se pueden visualizar todas las solicitudes en salud realizadas, en qué estado están y los documentos que se adjuntaron.



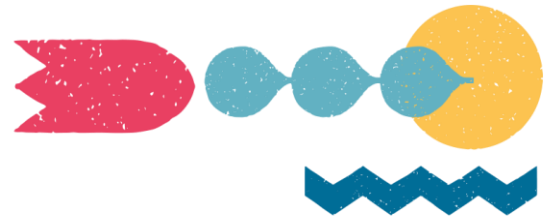
DIOS  SALUD  LOGOUT

 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



Información General sobre el Reembolso Dental:

El Beneficio consiste en un porcentaje con Tope Anual por cada Afiliado y/o Grupo de cargas acreditadas, el cual tiene por objetivo Reembolsar Prestaciones Dentales como:

- Tratamientos dentales en general
- Ortodoncia, endodoncia, periodoncia, otras especialidades dentales
- Implantes dentales a causa de un tratamiento
- Exámenes dentales
- Cirugías maxilofaciales
- Medicamentos para el tratamiento dental, recetados por un médico dentista
- Insumos para Cirugías o Tratamientos Dentales
- Tratamientos Dentales kinesiológicos derivados por un médico dentista
- Tratamientos Dentales realizados en el extranjero (zona limítrofe)

ATENCIÓN:

El Reembolso dental **NO** cubre Prestaciones como:

- Cepillos de dientes o hilo dental (aunque estén recetados)
- Enjuagues y pastas/cremas dentales (aunque estén recetados)
- Tratamientos dentales estéticos (Ej.: blanqueamiento, carillas dentales*, otros)
- Costos de envío de insumo médicos
- Tratamientos Estéticos realizados por dentistas: Botox, Ácido Hialurónico, Rinomodelación, Perfilado labial y otros.

- ✓ Las **carillas dentales** son cubiertas sólo como parte de un tratamiento de Restauración o Rehabilitación Dental Completo. No se reembolsan por sí solas como un tratamiento estético.





Consideraciones importantes

- 1) Es necesario adjuntar el **Formulario de Solicitud de Reembolso Dental** del Servicio de Bienestar, este debe ser llenado por el Centro Odontológico o Dentista, deben venir todos los datos requeridos, además del Timbre y firma del Centro Dental u Odontólogo.
- 2) **Los documentos de pago deben contar con:** Nombre, Apellidos, Rut del Paciente, Fecha de Emisión, Detalle de la atención, Número de Documento y Timbre Electrónico SII.
- 3) Los documentos de pago (boletas/facturas/Voucher/bonos/reembolsos) **deben ser digitales** (por instrucciones del SII a contar de 2022 no se aceptan boletas/facturas manuales) y al momento de subirlos al Sistema de Bienestar debe ser una foto del Original (**legible, no captura de pantalla**).
- 4) Los documentos deben visualizarse por completo, en la fotografía **no se deben tapar entre sí** ya que dificulta revisión de los antecedentes.
- 5) **Los documentos se deben separar antes de subir**, por beneficiario y por Documento Contable.
- 6) Fecha de Emisión del documento de Pago debe ser posterior al período de carencia. (este beneficio cuenta con 3 meses de carencia, beneficio se puede cobrar desde el 1er día hábil del 4to mes de afiliación).
- 7) Los documentos contables (Boletas, Voucher) **no deben tener más de 6 meses** (180 días corridos) desde la fecha de emisión de los documentos, esto aplica también para el Formulario **de Solicitud de Reembolso Dental**.
- 8) En el caso del Presupuesto Dental **no debe tener más de 12 meses** (365 días corridos)
- 9) **Las boletas deben indicar el detalle de la prestación**, si indican “Control” o “Consulta” o “Tratamiento Dental”, entre otros, deben detallar las prestaciones en el Formulario **de Solicitud de Reembolso Dental**.
- 10) En el caso de que la Boleta corresponda a un abono, solicitar el detalle asociado al pago, en el Formulario **de Solicitud de Reembolso Dental**.
- 11) Los presupuestos deben indicar fecha anterior (o del mismo día) a la fecha del documento de pago.





- 12) El presupuesto debe coincidir con Boleta, factura, Bono, Reembolso o Voucher (o al menos con una prestación del presupuesto).
- 13) Las recetas de **medicamentos** dentales deben ser **originales** y contar con fecha de emisión (anterior a la compra), Nombre Completo del Paciente o Rut, Timbre dentista y boleta, el Medicamento debe coincidir con lo indicado en Receta Médica, además de contener Detalle de Compra y Valor Unitario.
- 14) Para reembolsar **Medicamentos** no es necesario adjuntar el **formulario de Solicitud de Reembolso dental**.
- 15) **Documentos contables como boletas o facturas**, siempre debe incluir validación de SII. No se consideran documentos contables, comprobantes de pago o recibos de dinero.
- 16) Sí el documento de pago (boleta/factura/Voucher) no detalla los datos del Paciente, se complementará con la información del **Formulario de Solicitud de Reembolso Dental**.
- 17) Es necesario señalar que si el Centro Dental emite Boleta + Voucher, siempre se deben adjuntar ambos documentos de Pago.
- 18) No se aceptan Boletas enmendadas (rayadas o manipuladas), este debe ser corregido por el centro dental correspondiente, en una nueva Boleta o **Formulario de Solicitud de Reembolso Dental**, estos casos se deben evaluar por Bienestar Dirnac.
- 19) 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

