



MANUAL PARA SOLICITAR BENEFICIO DE AYUDA MÉDICA Y DENTAL

Junio 2023

AYUDA MÉDICA

El Servicio de Bienestar otorga un beneficio en dinero, para el afiliado o afiliada que haya incurrido en gastos médicos de alto costo, en atención a sus condiciones de salud o de sus cargas familiares acreditadas, que digan relación con gastos en medicamentos, exámenes, intervenciones quirúrgicas, elementos de uso médico, tratamientos de rehabilitación, entre otros.

Este beneficio se otorga una vez que el afiliado o afiliada ha presentado sus gastos en ISAPRE o FONASA, y al Seguro Complementario de Salud. Por lo cual, sólo contempla gastos relacionados con fines recuperativos, no preventivos ni con fines estéticos. Los gastos que no sean cubiertos por el seguro complementario serán analizados caso a caso por el Servicio de Bienestar.

El monto de este beneficio corresponde al 35% de los gastos incurridos por el afiliado o afiliada, con un tope anual de 10 ingresos mínimos no remuneracionales mensuales (\$2.642.820) por beneficiario.

Requisitos:

- ✓ Poseer 3 meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (activación desde el 4to mes)
- ✓ Poseer un copago por concepto de gastos médicos, todos asociados a un mismo diagnóstico, con fines recuperativos de salud (se excluye lo estético), sobre \$600.000 para afiliados activos y sobre \$200.000 para afiliados jubilados. Este monto puede cambiar según disponibilidad presupuestaria del Bienestar.
- ✓ Solicitar previamente el reembolso de los gastos médicos en Fonasa o Isapre y en el seguro complementario de salud de Bienestar o en cualquier otro seguro que usted tenga.
- ✓ El beneficio puede ser solicitado como máximo hasta 6 meses posterior a la fecha del evento o los documentos contables (180 días corridos).
- ✓ Documentos contables originales que respalden los gastos incurridos por el afiliado o afiliada y la liquidación de reembolso de gastos médicos del seguro complementario de salud.
- ✓ Entrevista personal con la Asistente Social del Servicio de Bienestar con el fin de conocer su situación de salud, social y económica.



AYUDA DENTAL

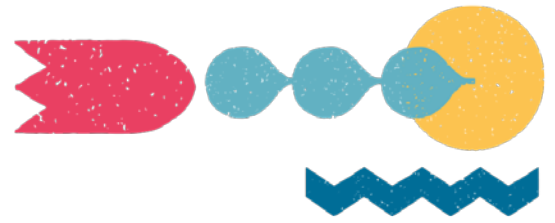
La ayuda odontológica es un beneficio para el afiliado o afiliada y sus cargas familiares, orientado a cubrir gastos derivados de tratamientos dentales de alto costo, que sean superiores a \$1.000.000.

El monto de este beneficio es de \$300.000. En caso que el gasto dental supere los \$4.000.000, se otorgará una ayuda adicional de \$250.000, previa aprobación del Consejo Administrativo de Bienestar.

Requisitos:

- ✓ Poseer 3 meses de antigüedad en el Servicio de Bienestar (activación desde el 4to mes)
- ✓ Poseer un copago por concepto de gastos dentales sobre \$1.000.000. (después de aplicado el reembolso de Bienestar de \$250.000 tope anual) En caso de contar con algún seguro con cobertura dental, reembolsar previamente.
- ✓ Los gastos incurridos deben contar con una vigencia no superior a 6 meses desde ocurrido el evento (prestación dental).
- ✓ Entrevista personal con la Asistente Social del Servicio de Bienestar con el fin de conocer su situación de salud, social y económica.
- ✓ Para acceder a una Ayuda Dental adicional, poseer un copago por concepto de gastos dentales sobre \$4.000.000 (después de aplicado el reembolso de Bienestar \$250.000 tope anual y la ayuda de \$300.000)





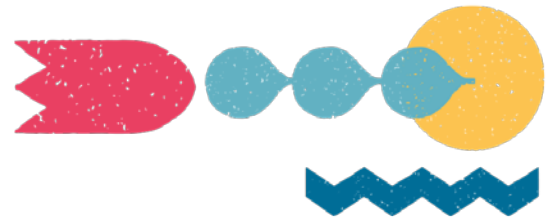
¿CÓMO SOLICITAR EL BENEFICIO DE AYUDA MÉDICA O DENTAL?

A contar de junio del 2023, el Servicio de Bienestar recibirá las solicitudes de **Beneficio de Ayuda médica y Dental** en el sistema informático de autoatención que se encuentra en Intranet. Por tanto, todos los *afiliados activos* deberán solicitarlo a través de esta nueva plataforma, para lo cual es necesario contar con correo institucional vigente (la activación debe realizarse a través del CAIP telefónico: 26546060).

Los *afiliados jubilados*, al no tener una cuenta de correo vigente, no podrán aún realizar solicitudes en el sistema de Bienestar, por ahora deben continuar gestionando vía correo electrónico a través de su ejecutiva de atención.

De esta manera, se pretende en un mediano plazo y gradualmente, que todos los trámites del Servicio de Bienestar sean realizados a través de la plataforma.

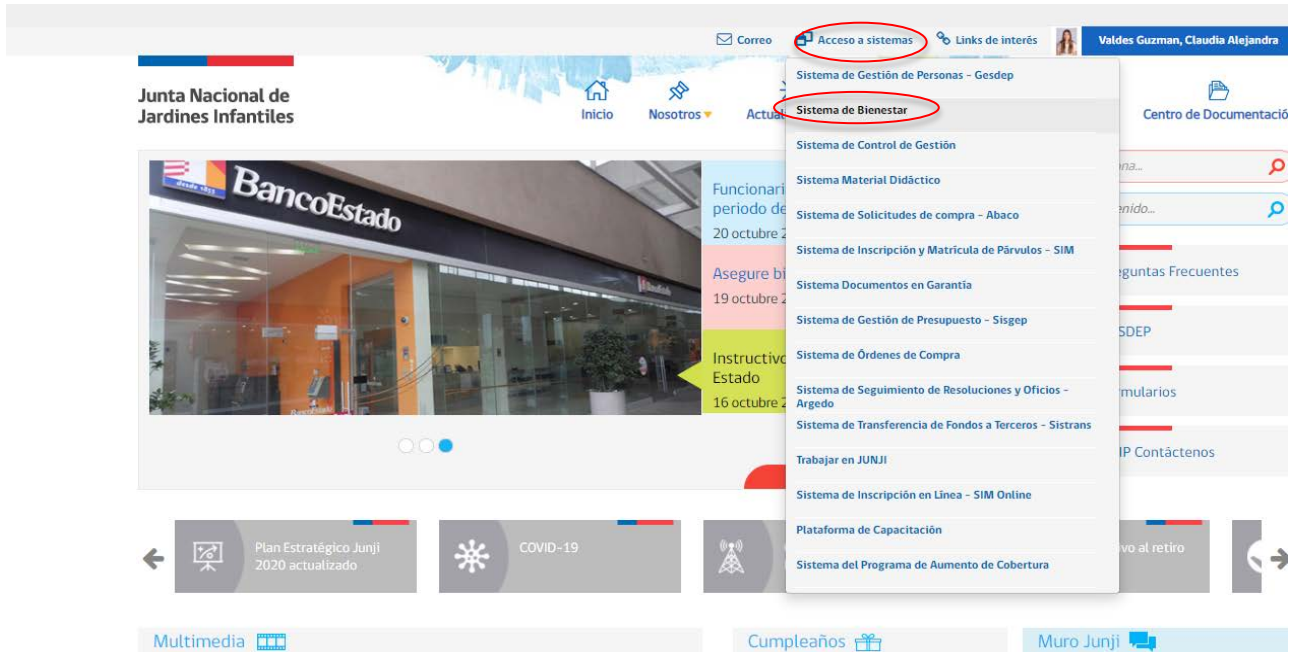




Acceso a la plataforma

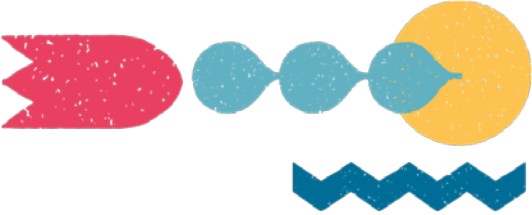
1. Se debe entrar al siguiente link: <https://bienestar.junji.gob.cl/> o ingresar a la intranet <https://www.junji.gob.cl/>

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



2. Ingresar como “funcionario”:





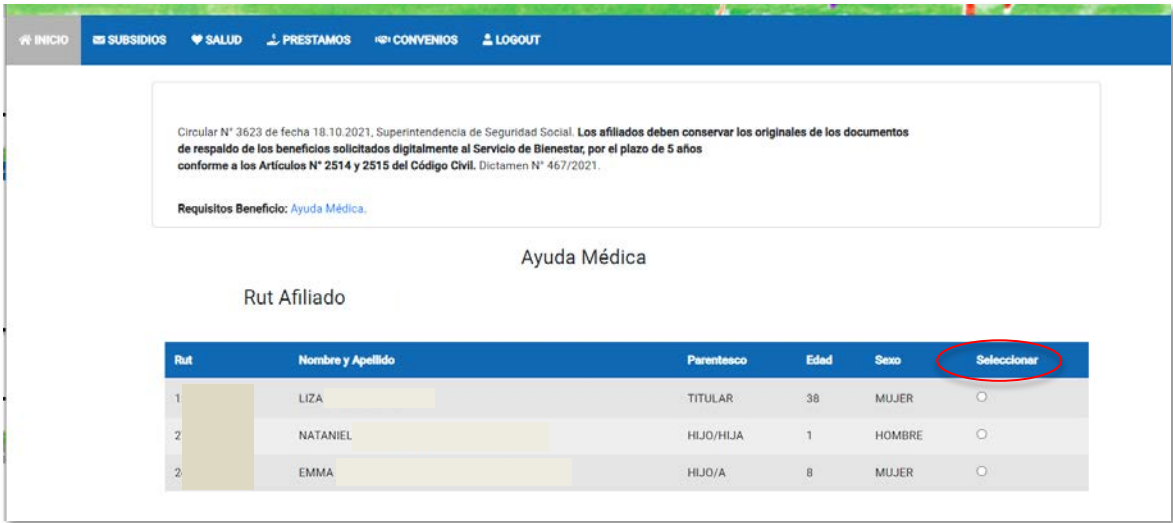
3. Ingresar en la pestaña de “Salud” y Seleccionar “Ayuda Médica”

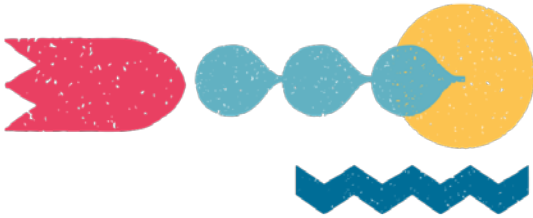
- Este beneficio es para el afiliado y sus cargas reconocidas, sin embargo los gastos médicos deben corresponder sólo a uno de los beneficiarios y todos asociados a un mismo diagnóstico, por solicitud.
- Si existe otro beneficiario del grupo familiar que cumple con los requisitos de ayuda médica, se debe ingresar en solicitudes separadas.



4. Seleccionar al beneficiario

- Seleccionar entre el afiliado y las cargas, quien es el paciente que corresponden los gastos médicos.





5. En Datos de **Ayuda Médica**, en tipo de Evento:

- Seleccionar si la Ayuda es de tipo Dental o Médico.

Datos de Ayuda Médica

Tipo de Evento

DENTAL

MÉDICO

Tipo de Documento

Fecha de Documento

dd-mm-aaaa

Folio de Documento

Rut Prestador

Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

Diagnóstico

6. En **tipo de documento**

- Seleccionar si los documentos corresponden a Bono, Reembolso o Boleta.
- Recuerde que todos los documentos ya deben haber sido reembolsados por Isapre o Fonasa, si corresponde.

Datos de Ayuda Médica

Tipo de Evento

MÉDICO

Tipo de Documento

BONO

REEMBOLSO

BOLETA/FACTURA/VOUCHER

Fecha de Documento

Folio de Documento

Rut Prestador

Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

Diagnóstico

7. Seleccionar **“fecha de documento”**

Debe indicar la fecha de ocurrencia de la prestación médica y se detalla en el bono/boleta/reembolso, se debe indicar la fecha real de la prestación.

Datos de Ayuda Médica

Tipo de Evento

MÉDICO

Tipo de Documento

BONO

Fecha de Documento

dd-mm-aaaa

Folio de Documento

Rut Prestador

Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

Diagnóstico

abril de 2023

lu

ma

mi

ju

vi

sá

do

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1

2

3

4

5

6

7

Borrar

Hoy



8. Indicar el “Folio del documento”

El folio del documento *es el número que posee el bono*, boleta o reembolso de la prestación médica.

Datos de Ayuda Médica

Tipo de Evento

MÉDICO

Tipo de Documento

BONO

Fecha de Documento

10-04-2023

Folio de Documento

123456

Rut Prestador

Ingrese el RUT del prestador. Ej: 11111111-1

Diagnóstico

9. Indicar el “Rut Prestador”

- En el caso de un **Bono y Reembolso** corresponde al *Rut del centro médico*.
- Cuando es una **Prestación particular** de un médico o dentista, debe indicar el Rut que se detalla en el bono o boleta.
- Cuando es una **boleta de medicamentos**, debe indicar el Rut de la farmacia.
- Debe escribir en la plataforma el Rut sin puntos y con guion incluido (ej. 7473258-5)

Datos de Ayuda Médica

Tipo de Evento

MÉDICO

Tipo de Documento

BONO

Fecha de Documento

10-04-2023

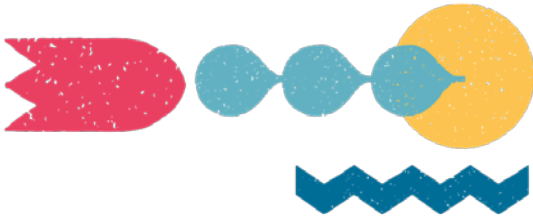
Folio de Documento

123456

Rut Prestador

70072600-2

Diagnóstico



10. Indicar el **Diagnóstico**

El afiliado debe indicar el diagnóstico que señala el médico tratante en la Epicrisis, certificado médico, orden médica o informe médico.

Fecha de Documento

10-04-2023

Folio de Documento

123456

Rut Prestador

70072600-2

Diagnóstico

EL AFILIADO ESCRIBE EL DIAGNÓSTICO

11. Indicar el **Tratamiento**

El afiliado debe indicar el tratamiento que señala el médico tratante en la Epicrisis, certificado médico, orden médica o informe médico.

Tratamiento

EL AFILIADO ESCRIBE EL TRATAMIENTO

12. Seleccionar el **Sistema 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 “Otro”.

Tratamiento

EL AFILIADO ESCRIBE EL TRATAMIENTO

Sistema de Salud

FONASA

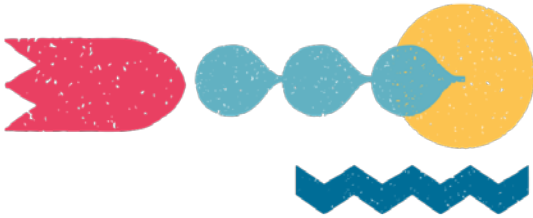
ISAPRE

OTRO

Protección de Salud

Monto Total del Gasto

0



o Si selecciona **Otro**, completar los campos que se despliegan:



Sistema de Salud

OTRO

Otro Sistema de Salud

Ingrese otro tipo de Sistema de Salud

13. Seleccionar la **Protección de Salud**

Indicar si los gastos médicos tuvieron alguna cobertura en salud:

- ✓ **Auge o Ges:** Garantía explícitas de salud de Fonasa e Isapre.
- ✓ **CAEC:** Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que otorgan las ISAPRES.
- ✓ **Ley de Urgencia:** Es una norma que garantiza que las personas sean atendidas en cualquier establecimiento de salud.
- ✓ **PAD:** Es un beneficio que ayuda a que las personas usuarias de Fonasa y sus cargas, puedan acceder a distintos paquetes de prestaciones y atenciones en salud pagando un precio fijo y conocido, lo que aplica para distintas intervenciones quirúrgicas o procedimientos.
- ✓ **Otro:** Indicar otro tipo de cobertura
- ✓ **Ninguno:** si no recibió ninguna cobertura.

Sistema de Salud

FONASA

Protección de Salud

☐ Ninguno

☐ AUGE-GES

☐ CAEC

☐ Ley de Urgencia

☐ PAD

☐ Otro

Monto Total del Gasto

Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)

Monto Reembolso de Bienestar o Cía. Seguro

o Si selecciona **Otro**, completar los campos que se despliegan:



Protección de Salud

Otro

Otro Protección de Salud

AAAAAAAAA

Monto Total del Gasto

0

Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)

0





14. Indicar el monto total del gasto:

Protección de Salud	Otro
Otro Protección de Salud	AAAAAAAAA
Monto Total del Gasto	2500000
Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)	0

15. Indicar el monto del reembolso de sistema de Salud

Tratamiento	EL AFILIADO ESCRIBE EL TRATAMIENTO
Sistema de Salud	FONASA
Protección de Salud	Otro
Otro Protección de Salud	AAAAAAAAA
Monto Total del Gasto	2500000
Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)	500000

16. Indicar el monto del reembolso del Seguro de salud complementario o el reembolso de Bienestar.

Sistema de Salud	FONASA
Protección de Salud	Otro
Otro Protección de Salud	AAAAAAAAA
Monto Total del Gasto	2500000
Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)	500000
Monto Reembolso de Bienestar o Cía. Seguro	400000



17. Indicar el **monto de otro reembolso**, por ejemplo otro Seguro de salud adicional.

Otro Protección de Salud

AAAAA

Monto Total del Gasto

2500000

Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)

500000

Monto Reembolso de Bienestar o Cía. Seguro

400000

Monto Otro Reembolso

0

Monto Copago Total

1600000

Agregar

18. El **monto copago total**, lo calcula el sistema, luego hacer clic en **Agregar**.

Otro Protección de Salud

AAAAA

Monto Total del Gasto

2500000

Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)

500000

Monto Reembolso de Bienestar o Cía. Seguro

400000

Monto Otro Reembolso

0

Monto Copago Total

1600000

Agregar

19. El documento ingresado se visualizará en el listado.

Listado de Documentos

Id	Folio Documento	Fecha Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Protección Salud	Monto Total Gasto	Monto Reembolso	Monto Reembolso Sistema	Monto Otro Reembolso	Monto Copago	Documento
123456		2023-04-10	EL AFILIAD	EL AFILIAD	Otro	2500000	500000	400000	0	1600000	<div>Eliminar</div>

Monto Total Copago

1600000

Total a pagar

560000

Adjuntar

Seleccionar archivo

Ninguno archivo selec.

Solicitar

** Recuerde haber anexado todos los archivos



20. Al adjuntar los archivos.

- Se permite hasta 6 archivos, permitiendo subir 1 documento contable más los antecedentes de respaldo (epicrisis, pre factura, exámenes, entre otros)
- Los documentos deben corresponder sólo a un paciente.

Tipo Evento	Tipo Documento	Folio Documento	Fecha Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Protección Salud	Monto Total Gasto	Monto Reembolso	Monto Reembolso Sistema	Monto Otro Reembolso	Monto Copago
MÉDICO	BONO	123456	2023-04-10	EL AFILIAD	EL AFILIAD	Otro	2500000	500000	400000	0	1600000

Monto Total Copago

1600000

Total a pagar

560000

Adjuntar

Seleccionar archivo

Ninguno archivo selec.

+

Adjuntar (2)

Seleccionar archivo

Ninguno archivo selec.

+

-

Adjuntar (3)

Seleccionar archivo

Ninguno archivo selec.

+

-

Adjuntar (4)

Seleccionar archivo

Ninguno archivo selec.

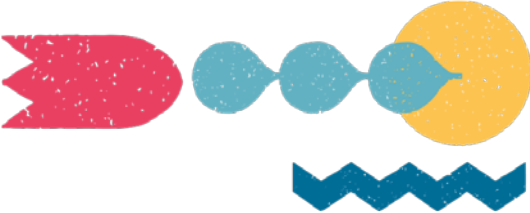
+

-

Solicitar

** Recuerde haber anexado todos los archivos





21. Para ingresar un segundo documento.

Es necesario situarse al inicio del formulario para completar los datos del siguiente documento a ingresar.



Tipo de Evento

MÉDICO

Tipo de Documento

BONO

Fecha de Documento

25-05-2023

Folio de Documento

Rut Prestador

70072600-2

Diagnóstico

QQQQ

Tratamiento

QQQQ

Sistema de Salud

FONASA

Protección de Salud

Ninguno

Monto Total del Gasto

0

Monto Reembolso Sistema Salud (Fonasa/Isapre)

0

Monto Reembolso de Bienestar o Cla. Seguro

0

Monto Otro Reembolso

0

Monto Copago Total

0

Agregar

Listado de Documentos

Tipo Evento	Tipo Documento	Folio Documento	Fecha Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Protección Salud	Monto Total Gasto	Monto Reembolso	Monto Reembolso Sistema	Monto Otro Reembolso	Monto Copago
MÉDICO	BONO	11111	2023-05-25	QQQQ	QQQQ	Ninguno	2000000	0	0	0	2000000
MÉDICO	BONO	789456	2023-05-25	QQQQ	QQQQ	Ninguno	500000	0	0	0	500000

22. Para finalizar con la solicitud de ayuda médica.

Si ha subido todos los documentos y suman el mínimo del copago requerido, \$600.000 para afiliados activos y \$200.000 para afiliados jubilados, hacer clic en **Solicitar** y luego **Si**.





Tipo Evento	Tipo Documento	Folio Documento	Fecha Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Protección Salud	Monto Total Gasto	Monto Reembolso	Monto Reembolso Sistema	Monto Otro Reembolso	Monto Copago
MÉDICO	BONO	123456	2023-04-10	EL AFILIAD	EL AFILIAD	Otro	2500000	500000	400000	0	1600000

Monto Total Copago

Total a pagar

Adjuntar

Si

No

Solicitar

** Recuerde haber anexado todos los archivos

23. Para finalizar con la solicitud de ayuda médica.

- ✓ Si no ha completado el mínimo del copago mínimo, el sistema no permitirá ingresar la solicitud.
- ✓ Revisar si falta alguna boleta o bono e ingresar.

Folio Documento	Fecha Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Protección Salud	Monto Total Gasto	Monto Reembolso	Monto Reembolso Sistema	Monto Otro Reembolso
456456	2023-04-10						0	0

Monto Total Copago

Total a pagar

Adjuntar

El tope mínimo para solicitud de afiliados debe ser mayor a: 600000

Listo!

175000

Seleccionar archivo prueba.pdf

24. Postulación creada exitosamente.

Evento	Documento	Documento	Documento	Diagnóstico	Tratamiento	Salud	Gasto	Reembolso	Sistema	Reembolso	Copago	Documento

Monto Total Copago

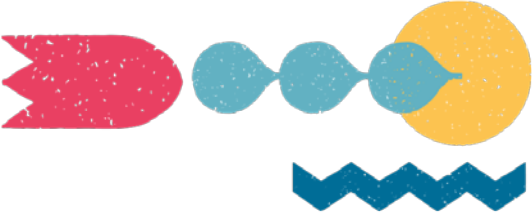
Total a pagar

Adjuntar

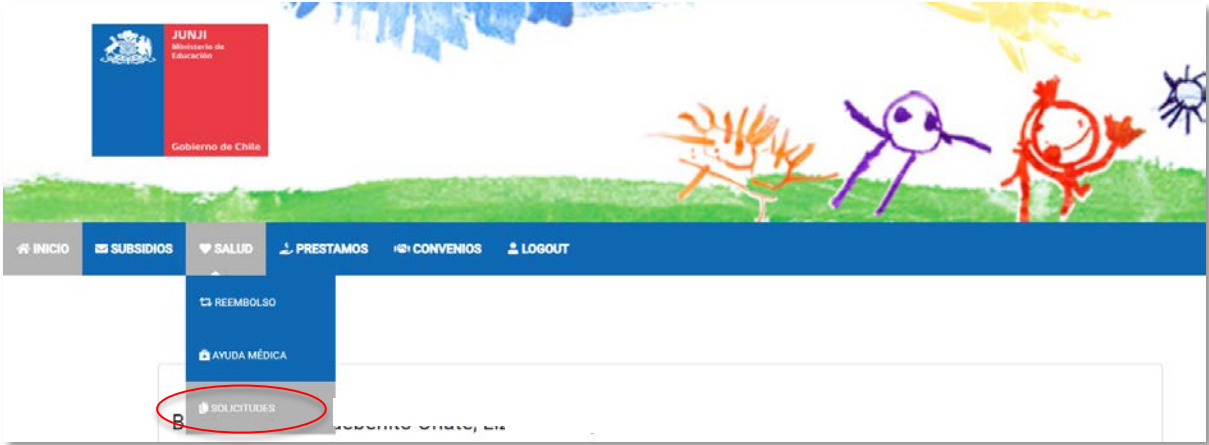
Postulación creada exitosamente.

Listo!

© 2023 Copyright



25. Para revisar las solicitudes de ayuda médica ingresadas.



26. Figurarán todas las protecciones en salud ingresadas históricamente (ayudas médicas, reembolsos dentales y reembolsos médicos)

Postulaciones Protección en Salud

Cantidad de Registros

5

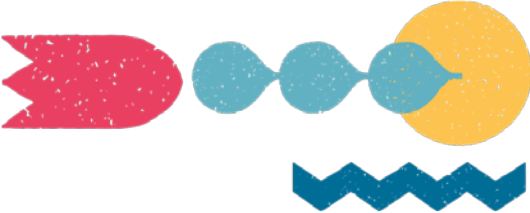
N°	Rut	Nombre y Apellido	Fecha Ingreso	Producto	Categoría Producto	SubCategoría Producto	Número Documento	Tipo Documento	Monto Copago	Monto Reembolso
338172		117A	10-04-2023	AYUDA MEDICA						
3			09-01-2023	REEMBOLSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO	123	BOLETA/FACTURA	1	0
			03-01-2023	REEMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)	1336204628	BOLETA/FACTURA	58896	26503
328251			20-12-2022	REEMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)	1481	BOLETA/FACTURA	9890	4450

« Anterior 1 2 3 4 5 ... 24 Sigiente »

27. Solicitudes ingresadas

- ✓ Se pueden visualizar todas las solicitudes en salud realizadas, en qué estado están y los documentos que se adjuntaron.
- ✓ En caso de estar la solicitud rechazada, es posible adjuntar algun documento faltante.





Postulaciones Protección en Salud

Cantidad de Registros5

Producto	Categoría Producto	SubCategoría Producto	Número Documento	Tipo Documento	Monto Copago	Monto Reembolso	Estado	Motivo Rechazo	Ver Archivo(s)
IDA DICA						0	RECHAZADA	FALTA ADJUNTAR BONO 123456	Ver
IDA DICA							PAGADA		Ver
EMBOLSO	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION ODONTOLOGICA AFILIADO		BOLETA/FACTURA	1	0	RECHAZADA	SOLICITUD DE PRUEBA	Ver
EMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)		BOLETA/FACTURA	58896	26503	LIQUIDADA POR COMPANIA		Ver
EMBOLSO	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS (MARCA, GENERICOS - BIOEQUIVALENTES)		BOLETA/FACTURA	9890	4450	LIQUIDADA POR COMPANIA		Ver

Anterior

12345...24

Siguiente

28. Notificación automática

Recibirá en su bandeja de entrada del correo institucional, una notificación del estado que se encuentra el beneficio: ingresado, en validación, aprobado, o rechazado.

Solicitud de ayuda médica Ingresada

N

noreply@junji.cl

Para 

Responder

Responder a todos

Reenviar





miércoles 05-04-2023 19:11

Estimada/o

Su solicitud Nº 338168 ha sido ingresada exitosamente y será asignada a un ejecutivo.
Para conocer el estado de tu reembolso ingresa al Sistema de Bienestar:
Login (<https://bienestar.junji.gob.cl/login>)

Junta Nacional de Jardines Infantiles
Gobierno de Chile





Consideraciones importantes

1. Los documentos no deben tener más de 6 meses de antigüedad. Desde la fecha de la liquidación del seguro o del evento
2. Los gastos médicos deben ser con fines recuperativos de salud y no estéticos.
3. Los gastos médicos deben corresponder sólo a un paciente.
4. Los gastos médicos deben tener relación y corresponder a un sólo diagnóstico, no se pueden presentar gastos de diferentes diagnósticos, pero siempre es un solo monto tope.
5. Los gastos médicos deben ser reembolsados previamente en el sistema de salud y seguro complementario.
6. La ayuda médica por tratamiento del diagnóstico fertilización in vitro, se paga una sola vez en la vida laboral.
7. Gastos sin cobertura, rechazados por el seguro, serán considerados para ayuda médica siempre y cuando haya diagnóstico médico curativo y de importante efecto para la calidad de vida del afiliado, sin embargo, el beneficio se entregará con ciertas restricciones.
8. Gastos de cuentas AUGE, anteriores al inicio de la póliza actual, deberán ser reclamados a la Compañía con vigencia a la fecha del evento, posteriormente se evalúa si corresponde la ayuda médica.
9. Se considera gastos asociados a traslado y hospedaje en los cuales ha incurrido el afiliado/a o una de sus cargas familiares, debiendo trasladarse por indicación médica, a otra región para el tratamiento de su enfermedad. Se considerarán los gastos asociados sólo al afectado (y sólo el traslado de un acompañante en caso de menores de edad) respaldando con los documentos contables de los gastos, tales como: boletos de pasajes, factura o boleta por concepto de traslado.
10. En caso de hospedaje, también se deberá adjuntar factura o boleta que indique el nombre y Rut de la afiliada/o y número de noches pernoctadas, junto con un respaldo médico que señale el período de atención y/o tratamiento. Se considerarán los gastos asociados sólo al afectado (y solo al de un acompañante en caso de menores de edad)
11. No se consideran gastos de alojamiento del acompañante ni de traslado en la misma región como por ejemplo boletos de metro, micro, taxi, transfer, Uber u otros.

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