



PROTOCOLO INTERNO REEMBOLSO DENTAL

Servicio de Bienestar Dirnac

marzo 2024





Índice

INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIÓN DEL BENEFICIO DENTAL	4
REQUISITOS PARA REEMBOLSAR.....	5
DOCUMENTOS PARA REEMBOLSAR	5
REQUISITOS PARA OPTIMIZAR USO DE PLATAFORMA.....	7
ANÁLISIS DE DOCUMENTOS	8
FLUJOGRAMA GESTIÓN DE SOLICITUDES EN PLATAFORMA	12
EJEMPLOS DOCUMENTOS TRIBUTARIOS DE PAGO Y OTROS	13
1) Boleta o Factura Electrónica.....	13
2) Boleta a Honorarios Electrónica	20
3) Bono Isapre.....	24
4) Bono Fonasa	25
5) Boletas Extranjeras	26
a. Convertidor Tabla del Banco Central	27
b. Convertidor Google:	28
6) Otros ejemplos	28
7) Voucher.....	30
8) Presupuesto Dental:	38
RECHAZOS PARA INDICAR EN LA PLATAFORMA.....	43



INTRODUCCIÓN

El reembolso dental se encuentra contenido en el DTO.28 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social del 27.05.1994 que aprueba el Reglamento General para los servicios de bienestar fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso).

En su art.15 establece que de acuerdo con sus posibilidades presupuestarias iniciarán su funcionamiento otorgando, a lo menos, beneficios de carácter médico, en la medida que sus recursos lo permitan los siguientes conceptos:

- e) Atención odontológica.
- k) Adquisición de aparatos ortopédicos (incluye prótesis y órtesis)

Luego, en el DTO 45, del 27 de octubre del 2021, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que “aprueba el reglamento del Servicio de Bienestar de los funcionarios de la Junta Nacional de Jardines Infantiles”, en su título IV “ De los beneficios”, permite también el pago de los beneficios señalados anteriormente.

El beneficio dental del Servicio de Bienestar JUNJI consiste en un reembolso respecto del valor real incurrido por el afiliado/a o su carga familiar reconocida. No obstante, dado que los prestadores dentales son diversos y cada uno cuenta con documentos tributarios diferentes, ha sido necesario establecer criterios para el análisis de cada una de las boletas o facturas que presentan los afiliados.

De esta manera, el Servicio de Bienestar DIRNAC elabora el presente **PROTOCOLO INTERNO**, es decir, para los funcionarios que trabajan en el Servicio de Bienestar, con el fin de ser una guía que ~~orienta~~ **orienta** el análisis de las solicitudes de reembolso que se gestionan diariamente a nivel nacional a fin de establecer un criterio común en el análisis de los documentos revisados.

En este protocolo se explican los documentos tributarios aceptados y más comunes que se presentan, su forma de análisis y su aprobación o rechazo buscando la aplicación de criterios comunes en el modo de gestionar un beneficio dental, con el fin de dar cumplimiento a los plazos de pago, evitar pagos que no correspondan y detectando posibles casos de fraude.



DEFINICIÓN DEL BENEFICIO DENTAL

El beneficio dental consiste en un porcentaje con tope anual por cada afiliado y/o grupo de cargas acreditadas, cuyo objetivo es reembolsar prestaciones dentales.

Los montos de reembolso son individuales, es decir, no se pueden traspasar saldos de los montos entre titulares a cargas legales reconocidas o viceversa. Respecto a las cargas legales, el monto asignado para ese ítem corresponde al total de cargas y no para cada una de éstas (en caso de que el afiliado/a posea más de un beneficiario).

Los montos correspondientes al reembolso del año 2024 ascienden a \$260.000 a titular y a \$260.000 al grupo de cargas legales.

Las prestaciones por reembolsar son:

- ☐ Ortodoncia, endodoncia, periodoncia, otras especialidades dentales
- ☐ Indicación de tratamiento por bruxismo: plano de relajación.
- ☐ Implantes dentales a causa de un tratamiento
- ☐ Exámenes dentales
- ☐ Cirugías maxilofaciales
- ☐ Cirugías dentales por accidente (en caso de que la cirugía sea a consecuencia de un accidente, se evaluará si existe cobertura previa de otros seguros: ACHS, seguro escolar, o complementario seguro de salud, si correspondiere).
- ☐ Medicamentos para el tratamiento dental, recetados por un odontólogo.
- ☐ Insumos para cirugías o tratamientos dentales
- ☐ Tratamientos dentales kinesiológicos derivados por un médico dentista.
- ☐ Tratamientos con ácido hialurónico y/ toxina botulínica para tratamientos
- ☐ 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, por lo que se debe solicitar al prestador un certificado que indique el motivo del tratamiento.

Este beneficio dental NO cubre prestaciones como:

- ☐ Cepillos de dientes o hilo dental (aunque hayan sido recetados por odontólogo)
- ☐ Enjuagues y pastas/cremas dentales (aunque hayan sido recetados por odontólogo)
- ☐ Tratamientos dentales estéticos (Ej.: blanqueamiento, carillas dentales, otros)
- ☐ Costos de envío de insumo médicos
- ☐ Tratamientos estéticos realizados por dentistas: Botox, Rinomodelación, perfilado labial y ~~o~~s

****Se evaluará la aplicación de toxina botulínica u ácido hialurónico en patología dental indicadas por un odontólogo.**



REQUISITOS PARA REEMBOLSAR

Como requisitos básicos para reembolsar una prestación dental es necesario lo siguiente:

1. Considerar plazo de carencia de afiliados/as nuevos.
2. Respetar el máximo de 180 días continuos de vigencia del documento tributario.
3. Cargas reconocidas en la institución.
4. No haber utilizado el tope anual correspondiente (titular o carga).

DOCUMENTOS PARA REEMBOLSAR

Para reembolsar una prestación dental se debe incluir la siguiente documentación:

- 1) Formulario Solicitud de Reembolso Dental (Obligatorio) ([descargar formulario nuevo](#))
- 2) Boleta (obligatorio si el centro dental lo emite)
- 3) Voucher (obligatorio si el centro dental lo emite)
- 4) Presupuesto Dental

Actualmente existen diferentes formatos y sistemas de pago por prestaciones dentales que, al momento de revisar y definir la aprobación de una solicitud, dificulta identificar qué documentos de deben considerar válidos.

Es así como podemos encontrar documentos de pago como: boleta electrónica, factura electrónica, boleta de prestación de servicios, boleta de honorarios, bono, voucher, entre otros.



Por tanto, todos los documentos tributarios deben ser autorizados por el Servicio de Impuestos Internos (SII) como válidos para respaldar el pago realizado por la prestación un servicio. Estos documentos deben contar con la siguiente información:

- ☐ Digitales y al momento de subirlos al sistema debe ser una foto del original (legible, noca captura de pantalla).
- ☐ Contar con nombre, apellidos y Rut del paciente.
- ☐ Indicar fecha de emisión.
- ☐ Fecha de emisión debe ser posterior a período de carencia, este beneficio cuenta con 3 meses de carencia. (90 días según sistema)
- ☐ Detalle de la atención
- ☐ Número de Documento
- ☐ Timbre Electrónico de SII
- ☐ Si las boletas indican sólo la expresión **“Control” o “Consulta” o “Tratamiento Dental”**, entre otros, deben detallarse las prestaciones realizadas, en el Formulario de Solicitud de Reembolso Dental.
- ☐ Sólo se aceptarán documentos emitidos en formato electrónico:

Se recuerda que los siguientes documentos deben ser emitidos exclusivamente en **Formato Electrónico**:

Factura (F), Factura No Afecta o Exenta (FE), Factura de Compra (FC), Liquidación Factura (LF), Nota de Crédito (NC), Nota de Débito (ND), Factura de Exportación (FEX), Nota de Crédito de Exportación (NCEX), Nota de Débito de Exportación (NDEX), Guía de Despacho (GD), Boletas de Ventas y Servicios (TW35) y Boletas de Ventas y Servicios No Afecta o Exenta (TW38)

- ☐ No se aceptan boletas enmendadas o rayadas.

La adulteración de datos y costos de los tratamientos constituye expulsión total del SB según decisión del Consejo Administrativo. Esta falta se informa de manera formal a la autoridad máxima de la región, quien determina si corresponde inicio de investigación o sumario administrativo.



REQUISITOS PARA OPTIMIZAR USO DE PLATAFORMA

Si en sistema al momento de validar arroja mensajes como

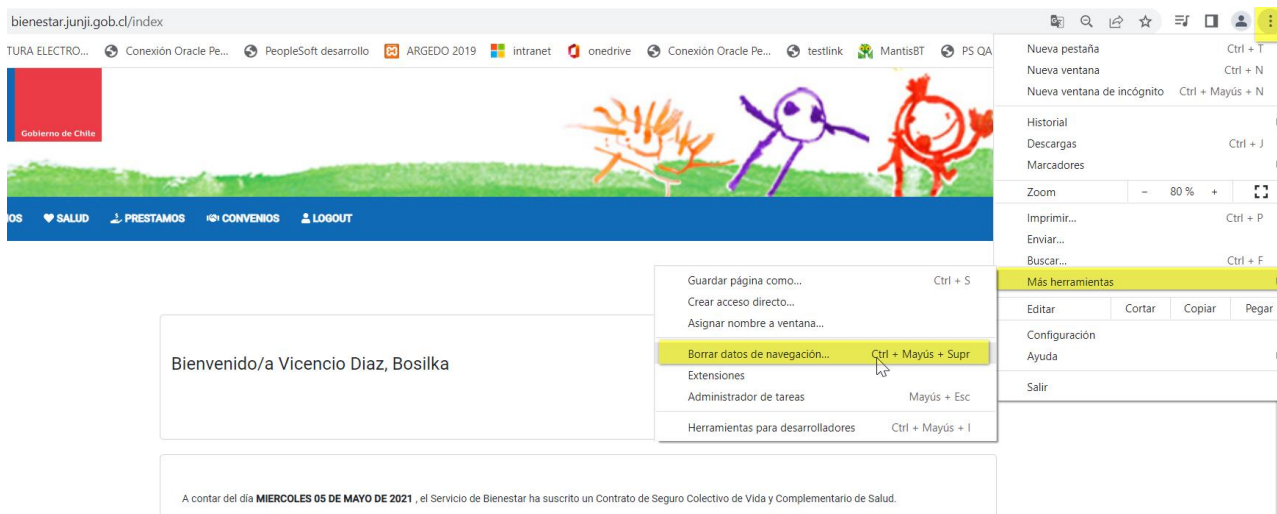
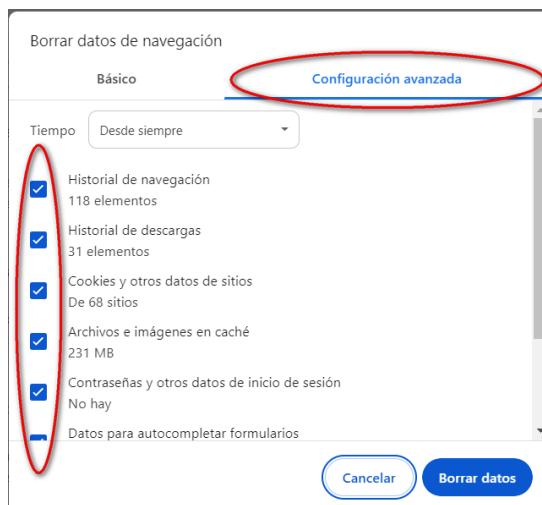
- “periodo de carencia” cuando es afiliado/a hace años.
- “no se han encontrado usuarios con el Rut ingresado”.
- “tope dental” pero me merece duda porque estamos a principio de año o funcionaria indica que es su primera boleta.

Recuerde que la plataforma tiene un tiempo de conexión, por lo que debe cerrar sesión y volver a conectar o se puede dar que dos ejecutivas estén revisando solicitudes en forma simultanea de la misma funcionaria y/o no se ha limpiado el historial de navegación en el computador.

Por lo anterior se sugiere:

Limpiar historial de navegación en el navegador

CHROME



Importante pinchar la pestaña de configuración avanzada, seleccionar, marcar todos los cuadros y en tiempo seleccionar desde siempre.



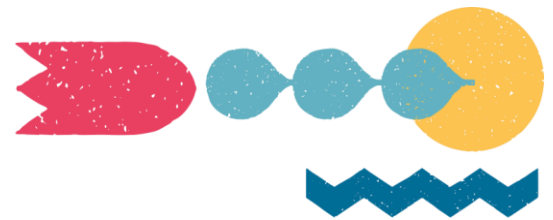
ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

El Sistema de Bienestar permite que automáticamente sean revisados criterios como: afiliación, carencias, plazo máximo de 180 días, cargas reconocidas y tope anual.

Cada solicitud de beneficios se debe analizar considerando los datos ingresados a la plataforma por el afiliado/a (activo o jubilado), es decir, que lo ingresado coincida con los documentos adjuntos.

En la validación se debe considerar los siguiente:

1. Beneficiario: Este campo no es editable. Si el gasto corresponde a un titular y está ingresado como beneficio de una carga legal o viceversa, Ud. no lo podrá modificar. Por ende, se debe rechazar para que el afiliado/a lo ingrese correctamente.
2. Tipo de Reembolso: Este campo es editable, siempre debe decir, "atención odontológica". Si el afiliado/a se equivoca e ingresa cualquier gasto como una atención odontológica, el ejecutivo/a podrá editarlo correctamente.
3. Categoría de reembolso: Este campo es editable, siempre debe decir, "atención odontológica".
4. Subcategoría: Este campo es editable, seleccionando "afiliado o cargas". Si el afiliado/a se equivoca el ejecutivo/a podrá editarlo correctamente. Debe revisar que el gasto corresponda efectivamente al titular o carga legal.
5. Tipo de Documento: Este campo es editable, debe seleccionar el tipo de documento que corresponda: bono reembolso, boleta/factura (considerar voucher)
6. RUT del Prestador: Este campo es editable. Corresponde al Rut que figura en el **documento tributario** de pago, por tanto, si hay error en el ingreso, el ejecutivo/a debe modificar la información.
7. Folio de Documento: Este campo es editable, por tanto, si hay error en el ingreso, el ejecutivo/a debe modificar la información. (sin los ceros a la izquierda). Considerar, que en este campo se debe indicar el nro. del documento tributario con el que se solicita el reembolso (boleta, factura y voucher)
8. Folio de Respaldo (N° de Boleta, N° de Voucher, otros) En caso de no contar con respaldo, indicar 0 (cero): este campo es editable, por tanto, si hay error en el ingreso, el ejecutivo/a debe modificar la información, sin los ceros a la izquierda.
9. Monto Copago: Este campo es editable. Corresponde al total señalado en el documento tributario.
10. **Monto Reembolso Calculado: Este monto no es editable, ya que es otorgado por el sistema.**
11. Fecha de Documento: Este campo es editable. Corresponde a la fecha del documento tributario de pago.
12. Cobertura de Sistema de Salud. Este campo es editable. Corresponde seleccionar, sólo en caso de que el sistema de salud haya reembolsado su prestación dental, de lo contrario, el ejecutivo/a debe modificar la información e indicar "particular".
13. Revisar en plataforma que se hayan ingresado todos los documentos requeridos por solicitud.
14. Luego, se procede a analizar los documentos adjuntos, los cuales deben contener todos los datos imprescindibles para aprobar el beneficio.
15. Los documentos tributarios deben ser verificados en la página del SII.



Finalmente, al determinar que los documentos son originales, claros y cuentan con todos los requisitos exigidos, **se aprueba**.

Valida Reembolso

0

Monto Copago
53000

Monto Reembolso Calculado
45050

Fecha Documento
30-12-2021

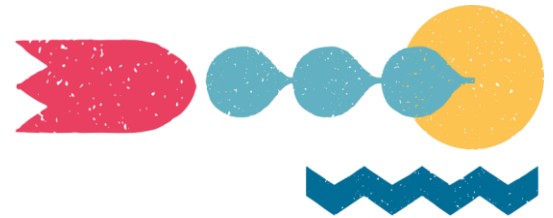
Cobertura de su Sistema de Salud
PARTICULAR

[Ver Archivo\(s\) Ingresado\(s\)](#)

[Editar](#) [Aprobar](#) [Enviar a la compañía](#) [Rechazar](#) [Salir](#)

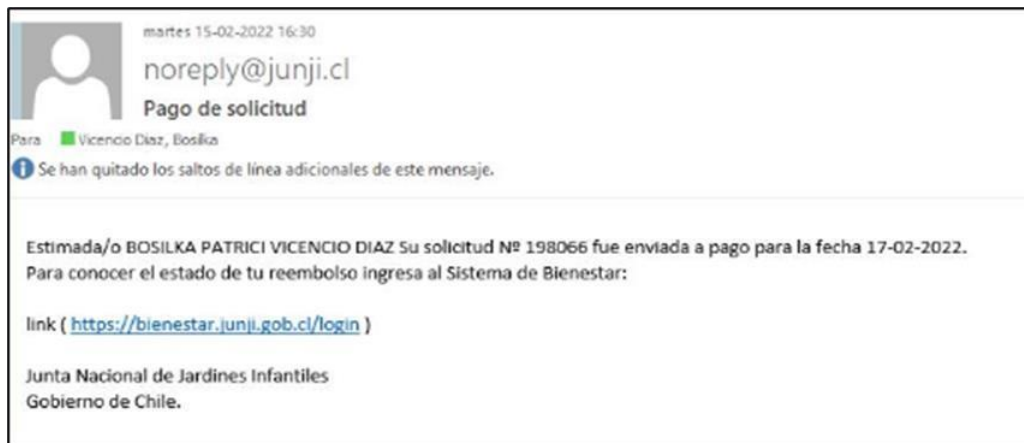
Al indicar la opción **aprobar**, llegará un correo electrónico al afiliado/a señalando que ésta fue ingresada exitosamente:





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

Si un ejecutivo/a tiene dudas respecto al pago del beneficio de un afiliado/a, debe efectuar la consulta a la Unidad de Tesorería del Servicio de Bienestar.

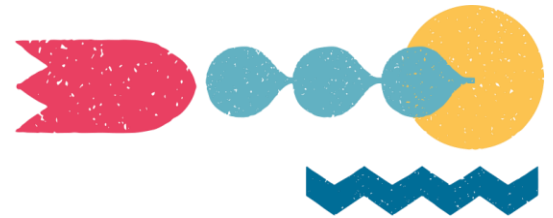


Por otra parte, al **Rechazar** un reembolso dental, es importante ser claro en el comentario del rechazo porque lo que yo escribo va inserto en un mensaje tipo que entrega el sistema (por ello, no digite saludo, ni nombre del afiliado pues ya están considerados) .

Para ello al final de este documento se encuentran los motivos frecuentes de rechazo a fin de que Ud. solo los copie y pegue en el rechazo, ese texto además contiene los links en donde se encuentra en detalle la información que origina el rechazo ya que este mensaje se adjuntará a correo tipo que llegará al email del afiliado.

El ejecutivo/a, al revisar una solicitud, debe efectuar rechazo por la totalidad de errores u omisiones que tenga un documento a fin de que, el titular, solicite de una vez la regularización de los documentos al prestador para evitar que producto de los constantes rechazos un afiliado/a pierda la opción del cobro del beneficio por fuera de plazo.

La ejecutiva/o siempre debe considerar, efectuar llamado telefónico al afiliado/o y mail de respaldo, en caso de reiterados rechazos, para otorgar una orientación más personalizada.



Rechaza Postulación

Tipo Rechazo *

No se adjuntan documentos solicitados

Comentario Rechazo *

Debe adjuntar documentos que detalle prestación asociada a boleta N°123

X Rechazar

Cancelar



 Responder  Responder a todos  Reenviar  MI



viernes 04-03-2022 11:32

noreply@junji.cl

Solicitud rechazada

Para  Vicencio Diaz, Bosilka

 Se han quitado los saltos de línea adicionales de este mensaje.

Estimada/o BOSILKA PATRICI VICENCIO DIAZ La solicitud N° 166767 ha sido RECHAZADA, por el siguiente motivo: No se adjuntan documentos solicitados, Debe adjuntar documentos que detalle prestación asociada a boleta N°123..

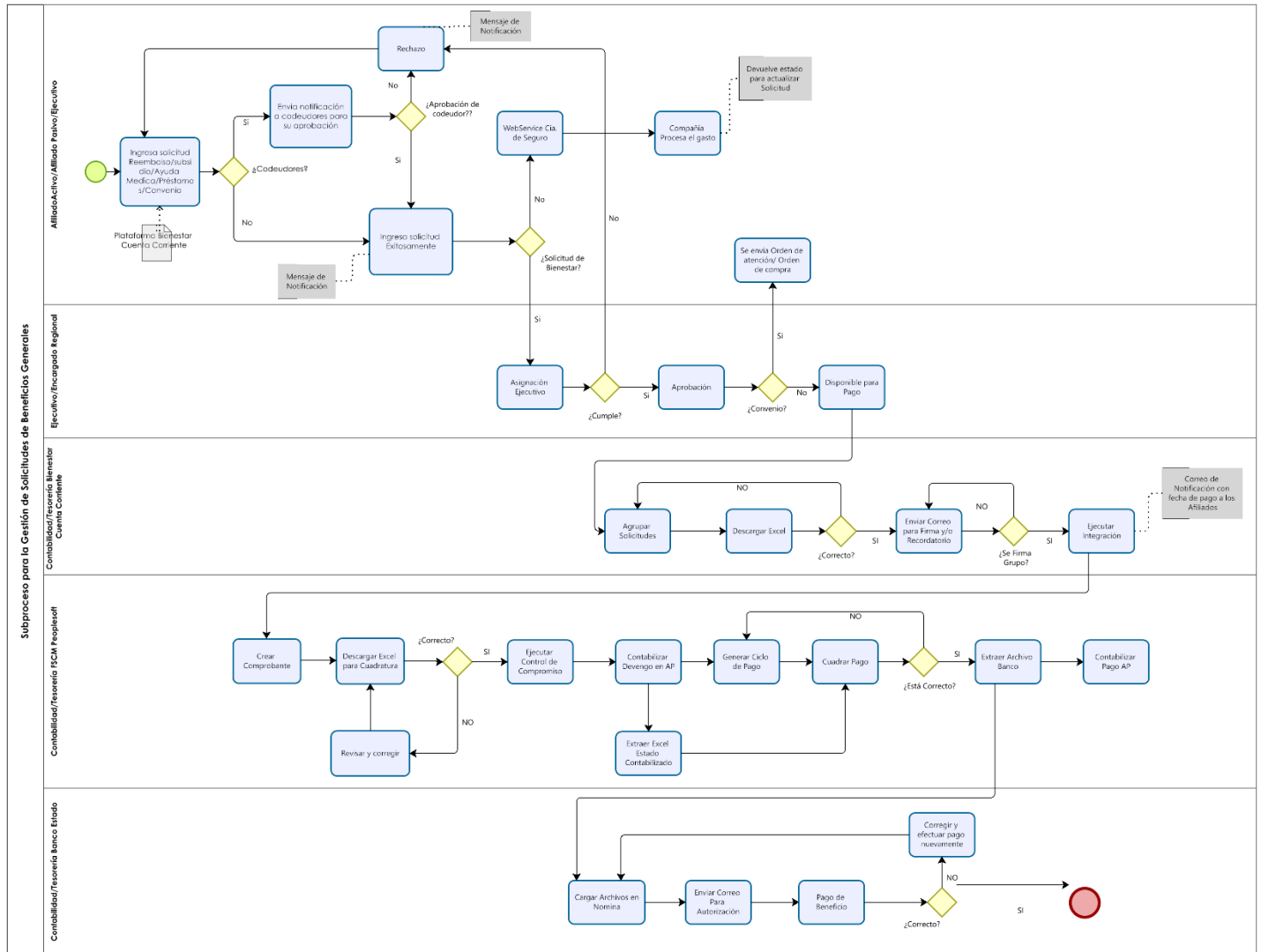
Para mayor información ingresa al Sistema de Bienestar:

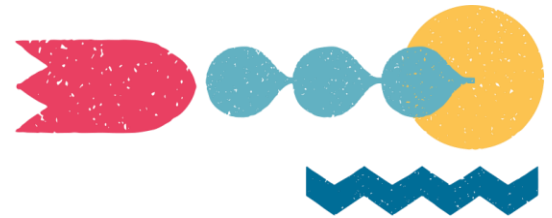
Login (<https://bienestar.junji.gob.cl/login>) O comunicarse al CAIP telefónico 2 26546060 o enviar un e-mail al CAIP Virtual de su Dirección Regional o ingresar su requerimiento al formulario CAIP-Contáctenos en la Intranet de JUNJI.

Servicio de Bienestar de JUNJI
Gobierno de Chile



FLUJOGRAMA GESTIÓN DE SOLICITUDES EN PLATAFORMA





EJEMPLOS DOCUMENTOS TRIBUTARIOS DE PAGO Y OTROS

1) Boleta o Factura Electrónica

R.U.T.: 76.430.194-7
BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA
N° 9160

CLINICA DENTAL VASQUEZ & OSORNO
LIMITADA
Dirección: ATENCION DENTAL EN TODAS LAS
RAMAS ODONTOLÓGICAS
PASEO ESTADO 115, Bloque OF, Depto.
206
Santiago

Fecha: 2022-02-02
SEÑOR(ES): R. [REDACTED]
R.U.T.: [REDACTED]

1 - Exodoncia compleja Pza 2
1 x \$ 38.495 TOTAL: \$38.495

2 - Destartraje supra-gingival
1 x \$ 25.994 TOTAL: \$25.994

Exento: \$ 64.489
Monto Total: \$ 64.489

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO
SONRIDENT LTDA
CLINICA DENTAL VASQUEZ Y OSORNO LIMITADA
ESTADO 115 OFIC 206 115 206
76.430.194-3
SANTIAGO
597033787400-121.1A1
VALIDO COMO BOLETA

FECHA	HORA	TERMINAL
02/02/2022	13:04:35	13045005
FECHA CONTABLE		- -00
NÚMERO DE TARJETA	NÚM DE CUENTA	E-08
*****8577		
VISA DEBITO	A0000000031010	
MONTO NETO	\$54.182	
IVA	\$10.297	
MONTO VENTA	\$64.480	
TOTAL	\$64.489	
NÚMERO DE OPERACIÓN:	003011	
CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN:	550287	
MONEDA:	PESO	

COPIA CLIENTE
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

- ✓ Boleta electrónica, se presenta en formato angosto y papel fax.
- ✓ Es entregada de forma presencial al paciente.
- ✓ Indica Rut del prestador
- ✓ Indica N° de boleta
- ✓ Indica fecha de emisión
- ✓ Registra datos del paciente (nombre completo y Rut)
- ✓ Indica monto y detalle de la atención.
- ✓ Timbre electrónico SII
- ✓ Verificar que el N° de boleta y N° de Voucher (N° de operación) hayan sido ingresados correctamente en la solicitud realizada por el afiliado en plataforma.
- ✓ Verificar que los datos del prestador y monto del Voucher coincidan con los de la boleta.
- ✓ Voucher debe indicar válido como boleta y copia cliente.
- ✓ **Verificar autenticación del documento en página del SII.**



OMESA S.A.
ADMINISTRACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE CENTROS MÉDICOS
ESTABLECIMIENTOS AFINES
Casa matriz: Pérez Valenzuela 1245 - Providencia
Fono: 24107400 - Fax: 22840332

Suburbs: Emma Añez 202 - Pudahuel
Suburbs: Av. Walker 1260 - La Florida
Suburbs: Av. Puente 1568 - Pudahuel
Suburbs: Gran Av. José Miguel Carrera 6251 - San Miguel
Suburbs: Apesquero 3281 - Gr. 201 - Providencia
Suburbs: Sanborn 101 Pta 2 - Santiago
Suburbs: Uruguay 513 - San Bernardo

Suburbs: Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1020 P2 - Santiago
Suburbs: Serón Zenteno 190 - Suburbano - La Florida
Suburbs: 13 Maipo 635 Pta 1 - Villa del Mar
Suburbs: Av. Ossa 343 - La Reina
Suburbs: Av. El Bosque Norte 6110 Local A.P. 1, 2, 3, 4 - Las Condes
Suburbs: O'Higgins 354 - Pudahuel
Suburbs: Av. 11 Sur 2350 - Providencia
Suburbs: Av. Tysan 156 - Providencia

R.U.T.: 96.617.350-5
BOLETA NO AFECTA O EXENTA ELECTRÓNICA
N° 990739
S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Razón Social : CLAUDIA
Dirección :
Comuna :
Giro :

R.U.T. : 13
Fecha Emis. : 02 de Octubre de 2018
Fecha Valid. : 02 de Octubre de 2018

N°	Detalle	Cant.	Unid.	P. Unitario	Desc.	Total
1		1	UN	32.114		32.114

SON:

Observaciones:

Monto Total: 32.114

Timbre Electrónico SII
Res. 74 del 2013
Verifique documento: www.portafolio.cl

- ✓ Boleta electrónica no afecta
- ✓ Es entregada al afiliado/a de forma presencial por el centro dental o vía correo electrónico.
- ✓ No se indica claramente la prestación y verificamos en el Formulario de Reembolso dental el detalle de la atención realizada.
- ✓ Contiene datos del paciente (nombre completo y Rut)
- ✓ Indica fecha de emisión.
- ✓ Indica monto de la atención.
- ✓ Trae timbre del centro dental.
- ✓ Timbre electrónico SII.
- ✓ Todas las boletas deben indicar el detalle de la prestación o deben venir detalladas en el Formulario de Reembolso Dental.
- ✓ En caso de que la boleta corresponda a un abono, solicitar el detalle en el Formulario de Reembolso Dental, al que corresponde el pago.
- ✓ **Verificar autenticación del documento en página del SII.**



75.338.139-8
SOCIEDAD DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA MUC
SPA
CENTROS DE ATENCION ODONTOLOGICA
PRIVADOS
Cochrane 635 torre B of 403
CONCEPCION

RUT 76.338.139-8
BOLETA NO AFECTA
EXENTA ELECTRONICA
N° 11110
SII CONCEPCION

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

Fecha Emisión 20 de enero de 2022
Comuna CONCEPCION
Vendedor

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

TOTALES

Monto Exento	25.000
Total	25.000

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

- ✓ Boleta electrónica no afecta
- ✓ Es entregada al afiliado/a de forma presencial por el centro dental o vía correo electrónico.
- ✓ Se describe la atención de manera general e indica sólo el N° de presupuesto, por lo que es necesario que en Formulario de Reembolso Dental se detalle la atención realizada, podría adjuntar el presupuesto también, es opcional.
- ✓ Contiene datos del paciente (nombre completo y Rut)
- ✓ Indica fecha de emisión.
- ✓ Indica monto de la atención.
- ✓ Timbre electrónico SII.
- ✓ **Verificar autenticación del documento en páginas del SII.**



**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
WEBER MARTÍNEZ LIMITADA**

Giro: PRESTACION DE SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS Y COMERCIALIZACION PROD
DENTALES

MANUEL BULNES 815 306 305 y- TEMUCO

eMail : INFO@TRIODENT.CL Telefono :

TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:76.479.734- 5

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº5482

S.I.I. - TEMUCO

SEÑOR(ES): GONZALEZ

R.U.T.: 20.1

GIRO: s/a

DIRECCION: temuco

COMUNA Temuco CIUDAD: Temuco

CONTACTO:

TIPO DE COMPRA: DEL GIRO

Fecha Emision: 20 de Noviembre del 2018

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Imppto Adic.*	%Desc.	Valor
-	Tratamiento dental	1	15.000			15.000

Forma de Pago: Crédito

Timbre Electrónico SII

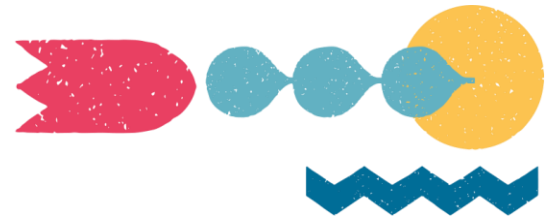
Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 15.000

TOTAL \$ 15.000

- ✓ Factura electrónica no afecta.
- ✓ Es entregada al afiliado/a de forma presencial por el centro dental o vía correo electrónico.
- ✓ En la descripción se indica "Tratamiento dental", no es posible identificar qué tipo de atención recibió el paciente, por tanto, verificamos en el Formulario de Reembolso Dental el detalle de la atención realizada.
- ✓ Contiene datos del paciente (Nombre Completo y Rut)
- ✓ Indica fecha de emisión.
- ✓ Indica monto de la atención.
- ✓ Timbre electrónico SII.
- ✓ **Verificar autenticación del documento en páginas del SII.**



Boleta pago convenio 60.7 Red Salud

CENTRO MÉDICO Y DENTAL REDSALUD
TODOS CCNC

MEGASALUD S.A.
Grp. ESTABLECIMIENTOS MÉDICOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA (CENTROS MÉDICOS)
Los Conquistadores 1730 Depto 1301
Teléfono: 600 718 6000
Providencia - Santiago

R.U.T.: 96.942.400-2
BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA
N° 7779632
S.I.: SANTIAGO

Fecha Emisión 03 Agosto 2023
N° De Origen de Atención
TR00000009841125
R.U.T.: 8.031.131-1

Hilda Victoria Flores Maldonado

Detalle de Prestación	Cant.	Valor Total
Trat N° 13487273 Composite Fotocurado Compues...	1	50.634
Trat N° 13487273 Composite Fotocurado Compues...	1	50.634
Trat N° 13487273 Obturación de Vidrio-Ionomer...	1	28.701
Trat N° 13487273 Composite Fotocurado Compues...	1	50.089

Dra. Andrea Zarzar Poblete
Rut: 12.581.700-1
Odontóloga General
RedSalud La Florida

Monto Exento 180.058
Monto Total 180.058

Timbre Electrónico SII
Res. 104 del 2011
Verifique documento: www.sii.cl

AS
21 / IQUIQUE: Ramirez N° 1162 - 1196 / ANTOFAGASTA: Sucre N° 251 / CALAMA: Av. Granaderos N° 1474 / LA SERENA: JIMBO: Doctor Marin N° 60 / VIÑA DEL MAR: Tres Norte N° 464 / VALPARAISO: Av. Argentina N° 1 / QUILPUÉ: Anibal Pinto
Rindín Riesco N° 206 / RANCAGUA: Estado 101 Oficina 101-B / TALCA: Uno Poniente N° 1369 / CHILLAN: Av. Libertad N°
amón Freire N° 1445 / CONCEPCIÓN: Tucapel N° 374 / OSORNO: O'Higgins N° 791 / OSORNO: O'Higgins N° 742, piso 2 /
ania N° 475 / VALDIVIA: Av. Alemania N° 465 piso 3 / PUNTA ARENAS: Pedro Montt N° 890 / PROVIDENCIA: Av. Nueva
o N° 412 / PUERTO MONTT: Rengifo N° 483, piso 2 / PUNTA ARENAS: Pedro Montt N° 890 / PROVIDENCIA: Av. Nueva
VIDENCIA: Av. Salvador N° 100, piso 7 / SANTIAGO: Alonso de Ovalle N° 1493 / SANTIAGO: San Martín N° 30 / LA
skenna N° 7747 / PUENTE ALTO: Av. Concha y Toro N° 3779 / SAN MIGUEL: Av. José Miguel Carrera N° 5728 / MAIPÚ:
IN BERNARDO: Av. Las Américas N° 654 / CONCHALI: Av. Fermín Vivaceta N° 3161 / QUILICURA: Av. O'Higgins 581 local
Av. Pita Kennedy N° 5731, oficina 301 a 303 / LAS CONDES: Av. Padre Hurtado Sur N° 1621 esquina Av. Fleming N°
N° 2305

CLÍNICA DENTAL REDSALUD
LA FLORIDA
AV. VICUÑA MACKENNA 7747
Teléfono Call Center: 600 718 6000

General Boca completa OPERATORIA #13487273, Generado: 03 de Agosto de 2023, Impreso: 03 de Agosto de 2023
a). **ANDREA ZARZAR POBLETE**, RUT 12381700-1
Especialidad: General
Paciente: **Hilda Victoria Flores Maldonado**, RUT 8031131-1, ID #11429485
Origen: Vida Cámara: VIDA CÁMARA TRADICIONAL 60,7

Enviar tu inicio de tratamiento por Call Center llama al 600 718 6000 opción 3 e indica a ejecutivo que dispones los siguientes datos:
minutos / UTU. Además te solicitarán los datos que se encuentran en la zona superior de tu plan de tratamiento
ado en negro:

Prestación	Pieza(s)	Total	Total con I-Med
ar) [5005018] - Composite Fotocurado Compuesto posterior	2.4	\$50.634	\$128.840
ar) [5005018] - Composite Fotocurado Compuesto posterior	2.5	\$50.634	\$128.840
ar) [5005004] - Obturación de Vidrio-Ionomero	2.4	\$28.701	\$73.030
ar) [5005006] - Composite Fotocurado Compuesto anterior	2.3	\$50.089	\$127.453

en del presupuesto:

Total sin descuento: \$458.163
Total con descuento: **\$180.058**
Total con I-Med: \$458.163

Dra. Andrea Zarzar Poblete
Rut: 12.581.700-1
Odontóloga General
RedSalud La Florida

Paciente o Representante

Este Tratamiento declaro conocer y aceptar las condiciones que a continuación se explicitan y de requerir mayor información
www.redsalud.cl. I. Política Comerciales. A) Los valores del tratamiento corresponden al convenio que mantengo vigente con
s radiografías de diagnóstico NO CONSIDERA INFORME y en caso de requerirlas deberá pagar un valor adicional. B) Este plan
a modificarse por: a) cambios contractuales de convenios al momento del pago, b) condiciones clínicas o c) nuevos hallazgos por
entarios realizados de este declarante C) Este presupuesto tiene una vigencia de 60 días de corrido D) Podré solicitar la
y dentro de los 90 días corridos desde pagado el plan de tratamiento. Los tratamientos iniciados, no darán derecho a devolución,
de las condiciones podrá dirigirse a www.redsalud.cl (información paciente). II. Seguros Complementarios. A) El formulario de
tara digitalmente, siempre que la opción se encuentre disponible y éste lo recibí al mail que haya informado (en caso contrario,
pletado de forma manual). B) En caso de estar asegurado en BiceVida, Chilena Consolidada y COPEC, solicito y acepto que
directamente el formulario de solicitud de reembolso y la documentación adicional que necesite la respectiva compañía de
der y autorizar que lo anterior implica que Megasalud SpA compartirá la información estrictamente necesaria con Gerty SpA,
la gestión de información hacia las compañías de seguro previamente individualizadas. C) En caso de querer revertir la
la letra B) anterior, debo manifestar expresamente mi voluntad en este sentido, mediante la suscripción de una revocación a
gida a Megasalud SpA y entregada presencialmente en el centro dental. D) Declaro entender que Megasalud SpA es sólo un
entes y financiadores y, no se hace responsable de reembolsos, atrasos y/o rechazos que entre ellos corresponda. Por lo

Descripción

Tratamiento #13550809 General Pieza 1.1 composite Dr. Catalina F...

Convenio: Vida Cámara (VIDA CÁMARA TRADICIONAL 60,7)

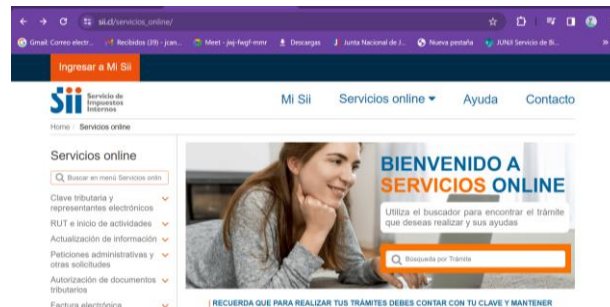
-La indicación de este convenio es un descuento sobre el arancel dental de Red Salud, para todos los asegurados/as a Vida Cámara, independiente que no tengan contratado un seguro que incluya póliza dental.

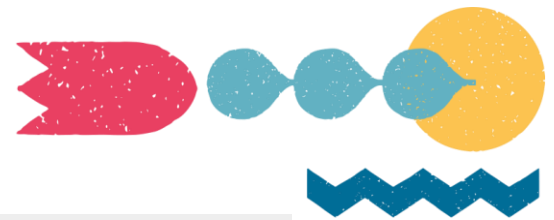
Este descuento se aplica al momento de realizar el presupuesto, por lo que los asegurados/as no deber efectuar ningún trámite adicional, ni solicitar reembolso alguno.

Por lo anterior, los adjuntos se deben validar sin ningún otro trámite adicional, ya que, sólo es un descuento que se aplica en los tratamientos, por tanto, si cumple con la información necesaria (fechas, detalle, valores, datos del paciente, etc.), debe ser aprobado.



VERIFICACION DE **BOLETAS ELECTRONICAS** EN PLATAFORMA SII





CLAVE TRIBUTARIA

RUT

Ej: 123456789

Ingresar Clave Tributaria

INGRESAR

Solicitar Clave

Recuperar Clave

Ingresar con Certificado Digital

También puedes ingresar con tu ClaveÚnica

iniciar sesión

No solicitaremos claves ni datos personales en nuestros canales de contacto.

Cambia la Clave Tributaria periódicamente.

No enviamos por correo electrónico ningún tipo de link o acceso directo donde solicitemos ingresar la clave.

ClaveÚnica

Servicio de Impuestos Internos

Ingresar tu RUN

Ingresar tu ClaveÚnica

[Recupera tu ClaveÚnica](#)
[Solicita tu ClaveÚnica](#)

INGRESA

Ayuda al 600 360 33 03



Consultar validez de boleta electrónica

En esta página usted podrá consultar si la boleta electrónica emitida por una empresa es válida para el SII.

Consulta

R.U.T. del emisor del documento

Tipo boleta electrónica

Seleccione tipo

Folio

Código de verificación

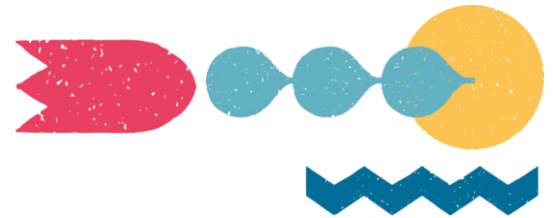
Ingrese los 4 dígitos de la imagen inferior

2200

Limpiar

Consultar

* Si una boleta no ha sido recibida por SII, se debe generar rechazo.

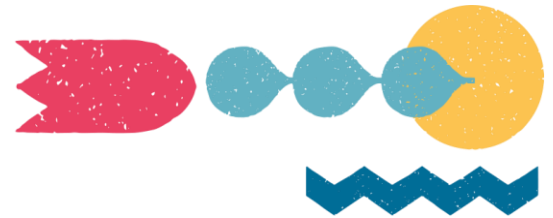


2) Boleta a Honorarios Electrónica

CONSTANZA CAROLINA RAMIREZ LECOCQ		BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA
RUT: 17.727.244-2		N ° 179
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		
Señor(es): CINTIA ARRETE	Rut: 17.2 	
Domicilio: TEMUCO, TEMUCO		
Por atención profesional:		
TRATAMIENTO ORTODONCIA		40.000
Total Honorarios \$:		40.000
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

- ✓ Es enviada generalmente por correo electrónico
- ✓ Boleta debe indicar siempre el detalle de la atención, por tanto, verificamos en el Formulario de Reembolso Dental el detalle de la atención realizada, ya que, sólo indica "tratamiento ortodoncia".
- ✓ Contiene datos del paciente (nombre completo y Rut)
- ✓ Indica número de boleta
- ✓ Indica fecha de emisión
- ✓ Indica detalle y monto de la atención.
- ✓ Timbre Electrónico SII
- ✓ **Verificar autenticación del documento en páginas del SII.**



Boleta a Honorarios Electrónica con retención

FERNANDO ANDRES MENDEZ SAVARIA

RUT: 12.709.800-K

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

ODONTOLOGO CIRUJANO DENTISTA

CARRERA 150 Villa/Pob. TEMUCO CENTRO, TEMUCO

TELEFONO: 640595

BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA

N° 886

Fecha: 25 de Enero de 2023

Señor(es): FERNANDA NIKO [REDACTED] EDA FONSECA

Rut: 17.9 [REDACTED]

Domicilio: PASAJE LAS PETUNIAS 1504, PADRE LAS CASAS

Por atención profesional:

CONTROL ORTODONCIA ENERO	35.000
Total Honorarios \$:	35.000
13.00 % Impto. Retenido:	4.550
Total:	30.450

Fecha / Hora Emisión: 25/01/2023 17:37

12709800006864585267

Res. Ex. N° 83 de 30/06/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje indicado.

Fecha / Hora Impresión: 25/01/2023 17:37

11302301251737

****Las boletas de honorarios deben ser emitidas sin retención, por lo que se debe rechazar e indicar al afiliado/a que debe solicitar anularla y emitir otra boleta.

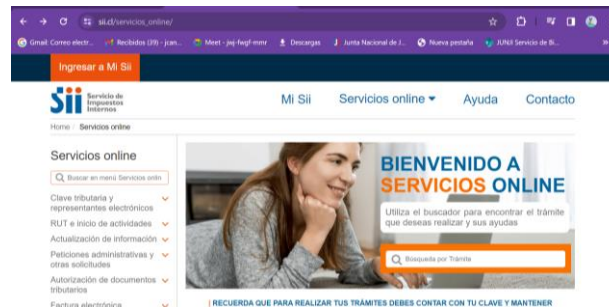
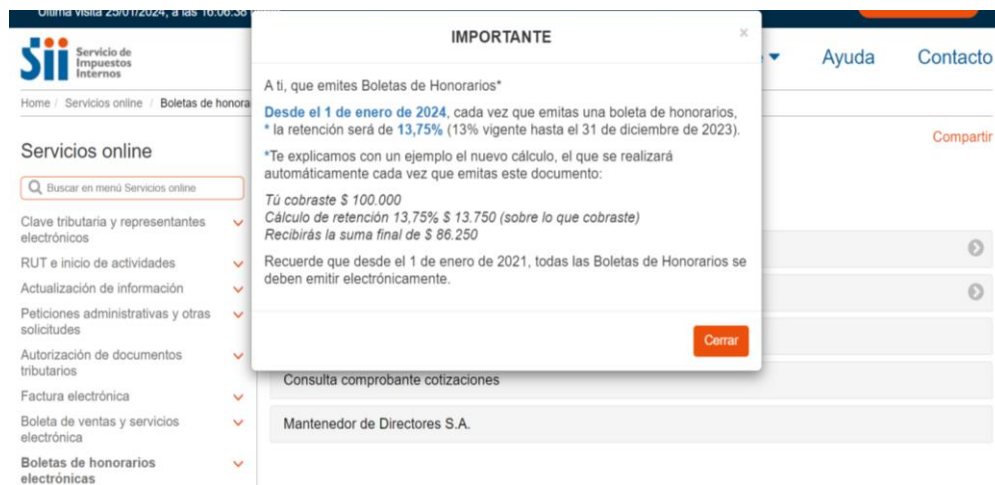
Lo anterior, se realiza porque la obligación tributaria de retención corresponde al prestador y no al afiliado/a.

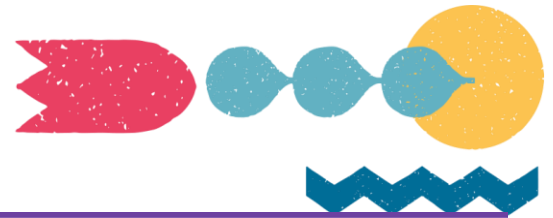
Boleta actualizada

✓ **Esta boleta se rechaza automáticamente pues contiene la retención del 13,75%.**



VERIFICACION DE **BOLETAS DE HONORARIOS** EN PLATAFORMA SII





Servicios online

Q Buscar en menú Servicios online

- Clave tributaria y representantes electrónicos ▾
- RUT e inicio de actividades ▾
- Actualización de información ▾
- Peticiones administrativas y otras solicitudes ▾
- Autorización de documentos tributarios ▾
- Factura electrónica ▾
- Boleta de ventas y servicios electrónica ▾
- Boletas de honorarios electrónicas ▾**

• Emisor de boleta de honorarios

Boletas de honorarios electrónicas

Compartir

Selecciona la opción a la cual deseas ingresar:

- Emisor de boleta de honorarios ▾
- Boleta de prestación de servicios de terceros electrónica ▾
- Cotizaciones previsionales
- Consulta comprobante cotizaciones
- Mantenedor de Directores S.A.

Servicios online

Q Buscar en menú Servicios online

- Clave tributaria y representantes electrónicos ▾
- RUT e inicio de actividades ▾
- Actualización de información ▾
- Peticiones administrativas y otras solicitudes ▾
- Autorización de documentos tributarios ▾
- Factura electrónica ▾
- Boleta de ventas y servicios electrónica ▾
- Boletas de honorarios electrónicas ▾**

Emisor de boleta de honorarios

Compartir

- Emitir boleta de honorarios electrónica ▾
- Consultas sobre boletas de honorarios electrónicas ▾
 - Consultar boletas emitidas
 - Consultar boletas recibidas
 - Consulta de boletas por terceros
 - Consulta de boletas observadas por el receptor
- Anulación y observación de boletas emitidas ▾
- Delegar emisión a un usuario autorizado ▾
- Ayudas

CONSULTA DE BOLETAS POR TERCEROS

A través de esta página, terceras personas podrán verificar la autenticidad de boletas de honorarios electrónicas emitidas a través de la aplicación dispuesta por el SII.

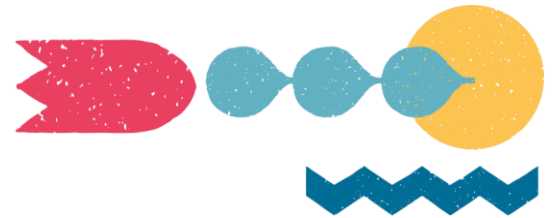
Según el tipo de consulta que efectúe, es la información que deberá completar.

Tipo de Consulta	Seleccione
Comprobación de Boleta de Honorarios Electrónica Debe completar todos los campos que se solicitan. Rut del Emisor de la boleta <input type="text"/> - <input type="text"/> Número de la boleta <input type="text"/> Rut del Receptor de la boleta <input type="text"/> Fecha de la boleta <Dia> ▾ / <Mes> ▾ / 2024 ▾	<input type="button" value="Consultar"/>
Consulta por Código de Barra Ingrese el Código que aparece debajo del Código de barras de la boleta. Ingrese el Código de Barra <input type="text"/>	<input type="button" value="Consultar"/>

[Volver al Menú](#)

 [Descargar Adobe Reader para visualizar la Boleta.](#)

* Si una boleta no ha sido recibida por SII, se debe generar rechazo.

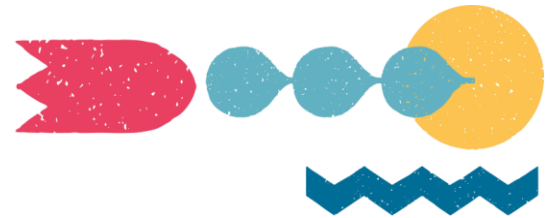


3) Bono Isapre

Número del bono

Consalud		BONO DE ATENCION AMBULATORIA		737247787	
Fecha Emisión	: 15/11/2018	Hora	: 15:59	Convenio	: 12.003 Megasalud Punta Arenas Dental
Afiliado	: 14. -7	MARIA JOSE		Plan/Grupo Ingreso	: 9 SEXO : M
Beneficiario	: 23. -8	FRANCO IGNE		Edad	: 9
DIRECCION	: CALLE 3	PUNTA ARENA			
Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiad
5009006 DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA COR	N		2	60.940	48.752
					Copago del Beneficiario
					12.188
TOTALES				60.940	48.752
				Bonificación Incluye Dental VIP por \$48,752	
Saldo copago del Beneficiario		: 12.188			
PROFESIONAL / INSTITUCION : 22.222.222-2		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	

Como cualquier documento de pago, el bono debe indicar los datos del paciente, fecha de atención, monto cancelado y detalle de la prestación.



4) Bono Fonasa

Número de Bono → **881989722**

Fondo Nacional De Salud BONO DE ATENCION AMBULATORIA

Convenio: 4422 - ENOVA DENTAL SPA Fecha Emisión: 2024-02-22 Hora: 17:36:15 VÁLIDO SOLO PARA ESTA FECHA DE EMISIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO(A)
 Afiliado(a): 0014534320-1 ANDREA VERONICA VASQUEZ FERNANDO
 Beneficiario(a): 0021402912-K PEREZ VASQUEZ EMILIANO ALONSO / Edad: 20
 Nombre Social: -
 Dirección:
 Plan Grupo: D

DATOS DE PRESTADOR
 Profesional / Institución: 0077093267-K ENOVA DENTAL SPA

PRESTACIÓN	Valor	Bonificación Financiaci	Otra Bonificación*	Copago
2503001 1 Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental	\$90.110	\$36.040	\$0	\$54.070
Totales	\$90.110	\$36.040	\$0	\$54.070

A Pagar: \$ 54070

Copago \$ 0

Detalles otras bonificaciones*
 MEDIOS DE PAGO**
 Emisor: 0016345391-6 | Derivado por: 0000000000-0

Firmado electrónica por PEREZ VASQUEZ EMILIANO ALONSO | Auditoría BONO-A6JW-GD2H-E6DU

Funcionarios FONASA tiene beneficios BONO PAD para prestaciones dentales y dependiendo del prestador este beneficio puede ser copago cero, por ende, se debe corroborar si el funcionario pago la prestación y en caso de tener dudas contactar ejecutivas de Santiago.

Si el bono corresponde a copago \$0 se debe rechazar, por no tener costo para el funcionario.

“Podrán acceder a tratamiento los beneficiarios, entre **12 años y 34 años 11 meses 29 días**, que presenten lesiones de caries de una o más dientes y/o necesidad de tratamiento endodóntico”.

<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/obturaci%C3%B3n-pieza-dental>

Cód. Prestación	Descripción
2503004	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA UNIRADICULAR, UN DIENTE
2503005	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA BIRADICULAR, UN DIENTE
2503003	OBTURACION 5 Y MAS DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)
2503002	OBTURACION 2 HASTA 4 DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)
2503001	DIAGNOSTICO, PREVENCION Y OBTURACION PARA UN DIENTE
2503006	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA MULTIRADICULAR, UN DIENTE



5) Boletas Extranjeras

CENTRO ODONT. SAN MIGUEL SERVICIOS ODONTOLÓGICOS INTEGRALES SAN MIGUEL E.I.R.L. AV. BOLOGNESI 850 OFICINA 1,2,3 TERCER PISO TACNA - TACNA - TACNA				BOLETA DE VENTA ELECTRONICA RUC: 20519917883 EB01-1917		
Fecha de Vendimiento	28/02/2022					
Fecha de Emisión	28/02/2022					
Señor(es)	SALINAS					
DT.S/RUC	15					
Tipo de Moneda	SOLES					
Observación						
Cantidad	Unidad	Medida	Descripción	Valor Unitario(*)	Descuento(*)	Importe de Venta(**)
1.00	UNIDAD		TRATAMIENTO DENTAL: PROFILAXIA (16 000 PESOS)	67.80	0.00	80.00
						Otros Cargos :
						Otros :
						Tributos :
						Importe Total :
						S/0.00
						S/0.00
						S/80.00
SON: OCHENTA Y 00/100 SOLES						
(*) Sin impuestos.				Op. Gravada :	S/ 67.80	
(**) Incluye impuestos, de ser Op. Gravada.				Op. Exonerada :	S/ 0.00	
				Op. Inafecta :	S/ 0.00	
				ISC :	S/ 0.00	
				IGV :	S/ 12.20	
				Otros Cargos :	S/ 0.00	
				Otros Tributos :	S/ 0.00	
				Importe Total :	S/ 80.00	
Esta es una representación impresa de la Boleta de Venta Electrónica, generada en el Sistema de la SUNAT. El Emisor Electrónico puede verificarla utilizando su clave SOL, el Adquirente o Usuario puede consultar su validez en SUNAT Virtual: www.sunat.gob.pe , en Opciones sin Clave SOL/ Consulta de Validez del CPE.						

- Las boletas extranjeras se deben convertir a la moneda nacional, indicando el valor del día en que se efectuó la prestación. El convertidor más confiable es la tabla del Banco Central de Chile. En caso de que la atención se haya realizado sábado o festivo el convertidor en gráfico de Google permite visualizar precios de monedas en fechas anteriores.
- El/la afiliado/a debe realizar la conversión del valor de la prestación en pesos chilenos.



a. Convertidor Tabla del Banco Central

banco central Chile

El Banco Áreas Noticias y Publicaciones Contacto Central

Búsqueda...

Encuesta de Determinantes y Expectativas de Precios (EDEP) trimestre móvil Octubre-Noviembre-Diciembre

Buscamos mantener la inflación controlada y contribuimos a la estabilidad del sistema financiero, aportando de esta manera al desarrollo del país, y al progreso de sus habitantes.

si3.bcentral.cl/indicadoressiete/secure/Serie.aspx?gcode=TCN_PEN&param=dQBoAHMAOABpAGgAMQB...

Gmail: Correo electr... Recibidos (39) - jcan... Meet - jwj-fwgf-mm... Descargas Junta Nacional de J... Nueva pestaña JUNJI Servicio de Bi...

banco central Chile

Banco Central de Chile Base de Datos Estadísticos BDE Móvil API BDE Contáctenos

Indicadores diarios

Inicio / Estadísticas / Indicadores diarios

Selección año: 2022
Nuevo sol peruano (Pesos) Año 2024

Día	Evento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1		236,97	240,10										
2		237,63											
3		238,72											
4		237,05	240,43										
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													
31													

- Este convertidor es el más certero ya que corresponde a datos del Banco Central de Chile. De esta manera la boleta de ejemplo anterior señala que la atención ocurrió el día 28-02-2022 día en que el sol peruano tenía un valor de \$214,93 según la tabla. De esta manera el/la Encargado/a regional debe corroborar el valor final de la prestación, que en este caso corresponde a \$17.194.



b. Convertidor Google:

Considerando que la tabla convertidora del Banco Central no contiene información de sábados (o domingos) y algunas prestaciones se realizan en dichos días, es válido utilizar convertidor Google, el cual indica a través de un gráfico, el valor del sol exactamente el día de la atención:



En este gráfico se observa que el sábado 26 de febrero, el sol peruano tenía un valor de \$213,37.

6) Otros ejemplos

* NUÑEZ ALBARRACIN GUADALUPE ERICKA

ODONTOLOGO
CAL. ZELA NRO. 747 INT. 103 GALERIAS BARAHONA TACNA TACNA TACNA

TELEFONO: 503445

R.U.C. 10004717878
RECIBO POR HONORARIOS ELECTRONICO
Nro: E001- 320

Recibí de: GABI [] IUEZA

Identificado con SIN DOCUMENTO número

La suma SEISCIENTOS OCHENTA Y 00/100 SOLES

Por concepto de ORTOPEDIA

Observación

Inciso A DEL ARTICULO 33 DE LA LEY DEL IMPUESTO A LA RENTA

Fecha de emisión 25 de Noviembre del 2018

Total por honorarios: 680.00
Retención (8 %) IR: (0.00)
Total Neto Recibido: 680.00 SOLES

- Boleta extranjera sin nombre completo ni Rut, por tanto, está incompleta, verificamos en el Formulario de Reembolso Dental los datos del Paciente.

 Ortodoncia - Operadura Dental - Ortopia -
 Prótesis Fija - Prótesis Removible - Periodoncia
 Endodoncia - Implantes óseos integrados
 Rehabilitación en cerámica - RX Panorámicas y
 Telerradiografías.

Dental Loayza

RECIBO
 N° 003498

Señor (a): Alfonso DNI: [REDACTED] Fecha: 27 de 11 de 2017

CANTIDAD	CONCEPTO	IMPORTE
01	Tratamiento dental	100.00

C.D. RODRIGO VELA R.
 Esp. Ortodoncia y Ortopedia
 PostGr. Estética Dento Facial
 COP. 27071

Gracias por su compra
 Salud - OHSB
 Salud - OHSB

CANCELADO
27 de 11 de 2017

 RODRIGO VELA R.

TOTAL S/. 100.00
 Pagos = 24.000 pesos

- Algunos centros dentales de Tacna entregan un Recibo de dinero muy similar a una boleta, lo cual no constituye documento de pago. Se debe exigir además la boleta.

Información general para prestaciones realizadas en el extranjero:

- ✓ Documentos: Boleta de venta, boleta de venta electrónica, recibo por honorario, ticket de boleta.
- ✓ Se entregan al/la afiliado/a de forma presencial o vía correo electrónico.
- ✓ Pueden ser electrónica o manual.
- ✓ Debe contener los antecedentes del paciente (nombre completo, Rut), fecha de emisión, prestación realizada, país y monto en moneda local. (El/la afiliado/a debe realizar la conversión pesos chilenos, considerando el cambio al día de la emisión del documento)
- ✓ Encargado/a regional debe corroborar el valor de la prestación.
- ✓ No se deben aceptar recibos de dinero.



7) Voucher

Todos los voucher que son presentados de manera unitaria, deben ser revisados por el ejecutivo/a en la plataforma, a modo de corroborar que el pago no se encuentra duplicado.

ANTECEDENTES:

En resolución exenta N°5 el SII indica:

“Resolución del SII convierte el Voucher o vale emitido por la máquina de pago o POS, en la boleta que se deberá entregar al comprador en todas las transacciones a través de medios electrónicos”

Por lo tanto, la boleta debiera ser emitida sólo en caso de pago en efectivo, y el Voucher se convierte en documento de pago al cancelar con tarjeta de crédito o débito.

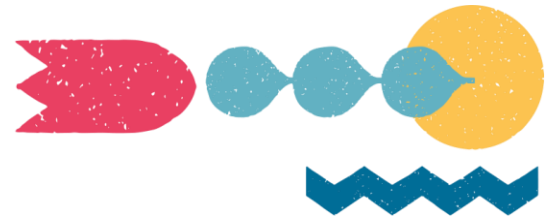
Sin embargo, algunos centros médicos emiten boleta y Voucher para un mismo servicio, portanto, disponen al funcionario de dos documentos de pago con igual monto cancelado. De esta forma, es posible que se presenten dos solicitudes diferentes por la misma prestación, es decir una solicitud con Voucher y presupuesto, y otra con boleta.

Por todo lo señalado, es necesario, establecer un modo y dejar por escrito, los casos más recurrentes y que puedan servir de guía al momento de bonificar y/o tener dudas respecto a esto.

En el caso específico de los Voucher, siempre se debe adjuntar adicionalmente un documento que avale la prestación dental y que acredite que por dicha prestación no se emitió una boleta electrónica.

Para ello, es posible adjuntar un comprobante de pago o un certificado emitido por la clínica o centro dental.

Cabe señalar, que este punto sólo aplica para los Voucher que indican ser válidos como boleta, en caso de no ser el caso, siempre se debe adjuntar el Voucher más la boleta correspondiente.



• *Ejemplo A Voucher*

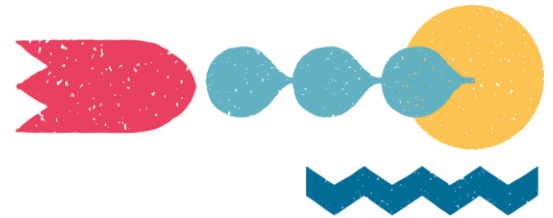


- ✓ Venta con Débito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de operación
- ✓ Voucher debe indicar válido como boleta y copia cliente.
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente, si el formulario está incompleto, **se rechaza**.

• *Ejemplo B Voucher*



- ✓ Venta con Crédito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Voucher debe indicar válido como boleta y copia cliente.
- ✓ Número de operación
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se debe verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente, si el formulario está incompleto, **se rechaza**.



• *Ejemplo C Voucher*

R.U.T.: 76.430.194-3
BOLETA EXENTA ELECTRÓNICA
N° 9665

CLINICA DENTAL VASQUEZ & OSORNO
LIMITADA
Siro: ATENCION DENTAL EN TODAS LAS
RAMAS ODONTOLOGICAS
PASEO ESTADO 115, Bloque OF, Depto.
206
Santiago

Fecha: 2022-02-23

SEÑOR(ES): [REDACTED]
R.U.T.: [REDACTED]

1 - Exodoncia compleja 7 y 10
2 x \$ 38.495 TOTAL: \$76.990

Exento: \$ 76.990
Monto Total: \$ 76.990



Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

COMPROBANTE DE VENTA
TARJETA DE DEBITO
SCARIDENT LTDA
CLINICA DENTAL VASQUEZ Y OSORNO LIMITADA
ESTADO 115 OFIC 206 115 206
76.430.194-3
SANTIAGO
507033787400-121.1A1
VALIDO COMO BOLETA

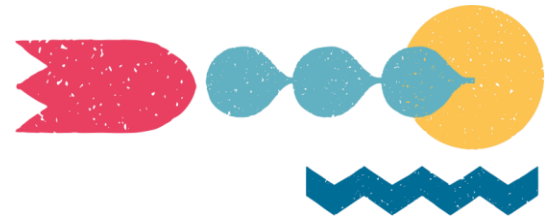
FECHA	HORA	TERMINAL
23/02/2022	11:50:32	13045000
FECHA CONTABLE		- - 00
NUMERO DE TARJETA	NUM DE CUENTA	E-00
*****577		
VISA DEBITO	AD000000031010	
PUNTO NEGRO	\$54.687	
IVA	\$12.293	
PUNTO VENTA	\$76.990	
TOTAL	\$76.990	
NUMERO DE OPERACION:	003113	
CODEO DE AUTORIZACION:	038059	
MONEDA:	PESO	

COPIA CLIENTE
ADEPTO PALAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR

- ✓ Venta con Débito: emisión de Voucher más boleta
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de operación
- ✓ La boleta que se emite junto a la transacción debe contener el detalle de la prestación y ser adjuntada.
- ✓ Voucher debe indicar válido como boleta y copia cliente
- ✓ La boleta debe ser verificada en página SII

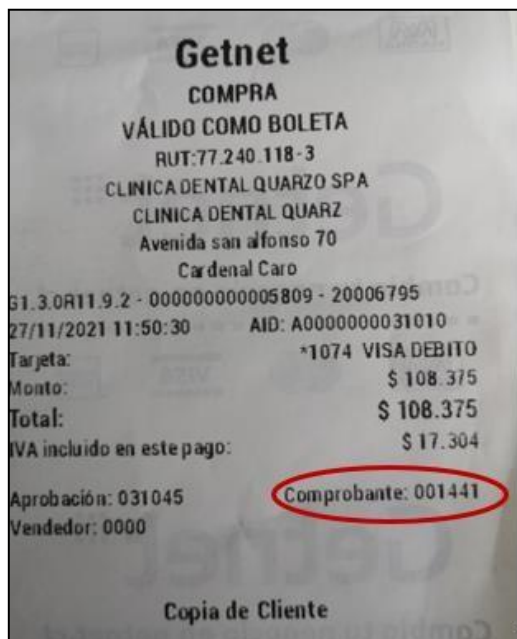
Si el centro odontológico entregó boleta y Voucher, como en este caso, en el sistema debe incluirse en el folio de respaldo, los datos del Voucher además de los de la boleta (siendo la boleta el documento principal). Lo anterior corresponde siempre y cuando se tengan los dos documentos para evitar duplicación en pagos.

*No corresponde repetir la numeración en ambas casillas en los otros casos.



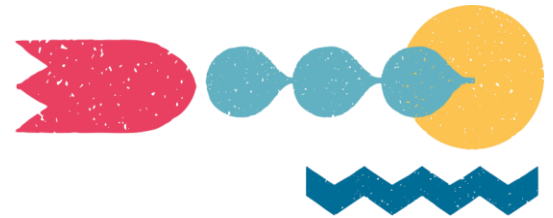
En el caso del Ejemplo C, se debe indicar en el Sistema:

Rut Prestador	76430194-3
Tipo de Documento	BOLETA/FACTURA
Fecha Documento	23-02-2022
Folio de Documento	9665
Folio de Respaldo (N° de Boleta, N° 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



Algunos Voucher no indican N° de operación. En estos casos corresponde digitar el N° de comprobante

- ✓ Venta con Débito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de
- ✓ Este documento no cuenta con antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente, si el formulario está incompleto, **se rechaza**.



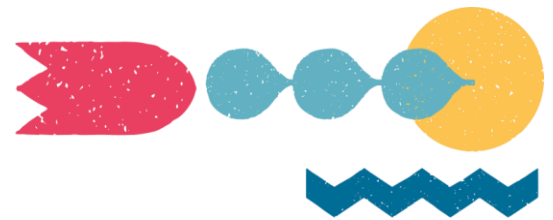
• *Ejemplo D Voucher*



- ✓ Venta con Débito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de transacción.
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente si el formulario está incompleto, se rechaza.



- ✓ Venta con Débito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de transacción.
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente si el formulario está incompleto, se rechaza.



• *Ejemplo E Boleta con formato Voucher*



- ✓ Venta con Débito
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Boleta exenta
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente si el formulario está incompleto, se rechaza.
- ✓ En el caso de este voucher, como contiene nro. de boleta exenta, esta sí puede ser verificada en SII, gestión que debe realizar el ejecutivo/a que está evaluando el gasto ya sea ingresando a la página web de esa entidad o escaneando el código QR si su celular lo permite.

Verificación en SII: al escanear código QR, éste ingresará automáticamente en: sii.pagocash.cl, sistema en dónde podrá corroborar la autenticidad del documento tal como señala la imagen del ejemplo:

R.U.T.: 77.129.172-4
BOLETA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA
N° 2904

S.I.I. - LA UNIÓN

CLÍNICA DENTAL LA UNIÓN SPA
Centros de atención odontológica privados
(establecimientos de atención ambulatorio)
LETELIER 225 DEPTO 2, La Unión

Emisión : 24 de noviembre del 2023
Nombre : Sin razón social informada
Dirección : Sin dirección informada,
SANTIAGO

Item	P. unitario	Cant.	Total item
item 1	42.750	1	42.750
Exento \$:			42.750
Total \$:			42.750



Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014

sii.pagocash.cl



• *Ejemplo F Voucher*

KLAP
TARJETA DE DEBITO
76038518-2
CLINICA EVEREST
CENTROS MEDICOS
AV CONCHA Y TORO 1477, PUENTE ALTO
VALIDO COMO BOLETA

FECHA: 26/01/2024 HORA: 19:02:46 TERMINAL: 02424670

NUMERO DE TARJETA: VI*****2820
VISA

MONTO NETO: \$77.249
IVA 19%: \$14.677

TOTAL: \$91.926

CODIGO Klap: 4385651421
CODIGO DE AUTORIZACION: 243748
NUMERO DE OPERACION: 3934

- ✓ Venta con crédito.
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de operación (este es el dato para ingresar en plataforma).
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente si el formulario está incompleto, se rechaza.

• *Ejemplo G Voucher, válido como boleta.*

COMPROBANTE DE VENTA

ODONTOBETZ
SALUD DENTAL INTEGRAL SPA
Juan Antonio Ríos 2060, Coronel, Bío Bío
RUT 778054884

Neto	\$ 0
Iva (19%)	\$ 0
Subtotal	\$ 30.000
Total exento	\$ 30.000
Total	\$ 30.000

Medio de Pago: MASTERCARD Débito
terminada en 8725
AID: A0000000041010

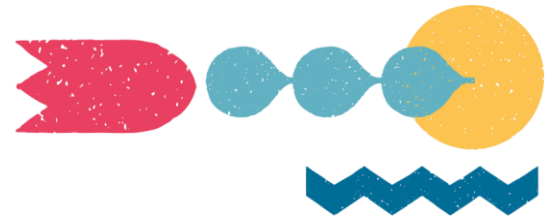
Fecha y Hora: 07/02/2024 19:19:09
N°Autorización: 560510
N°Terminal: SmartPOS f00FCRTe

- ✓ Venta con débito.
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Número de autorización (este es el dato para ingresar en plataforma).
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente, si el formulario está incompleto, se rechaza.

Copia cliente

VÁLIDO COMO BOLETA EXENTA

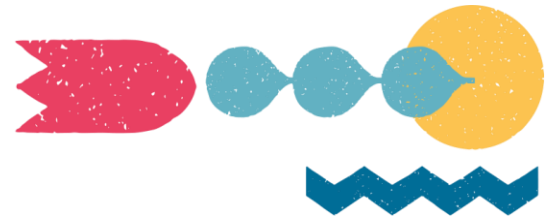
Escaneado con CamScanner



• *Ejemplo H Voucher*



- ✓ Venta con débito.
- ✓ Datos del proveedor
- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Monto
- ✓ Prestador emite Boleta y comprobante de venta por el mismo monto y ambos indican válido como boleta. Boleta exenta se registra en folio de documento y se valida en SII, voucher valido como boleta se registra en Folio de respaldo.
- ✓ Este documento no cuenta con mayores antecedentes de la prestación, por lo que se deben verificar en el Formulario de Reembolso Dental con el detalle la atención realizada, los antecedentes del paciente, si el formulario está incompleto, se rechaza.



8) Presupuesto Dental:

Si bien es cierto no es un documento tributario de pago, para el Servicio de Bienestar constituye un elemento a considerar para la evaluación del gasto dental. El presupuesto entrega el detalle de las prestaciones realizadas por el prestador lo que origina el documento contable de pago que el afiliado/a presenta para reembolso.

Ejemplo Nro 1 presupuesto:

TUS ODONTOPIEDRAS
Rut: 77.204.146-2
Casa Matriz: Carmen Gallegas 137-4, San Vicente de Tagua Tagua, +56972708423
Sucursal: Curul 930, San Fernando, +56958537784
Correo: tusodontopiedras@gmail.com

Plan de tratamiento N° 8473

Paciente: Pia Arenas Maureira
Fecha: 2023-04-12 13:35:23

RUT: 26.429.402-9
Convenio: SIN CONVENIO

Dirección:

Item	Pieza	Prestación	Estado	Valor referencial	Valor final
1	x a1	DIAGNOSTICO ODONTOPIEDRAS	Terminada	\$20.000	\$20.000
2	x a1	PROFILAXIS	Pendiente	\$25.000	\$25.000
3	x a1	APLICACION BARNIZ DE FLUOR	Pendiente	\$43.000	\$43.000
Subtotal DIAGNOSTICO x.a1:				\$88.000	\$88.000
4	5.5 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
5	5.4 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
6	6.4 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
7	6.5 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
8	7.4 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
9	7.5 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
10	8.4 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
11	8.5 o	APLICACION DE SELLANTE	Pendiente	\$20.000	\$20.000
Total:				\$248.000	\$248.000

Observaciones generales:

Este presupuesto tiene una validez de 30 días

Página 1/1

- ✓ Presupuesto digital.
- ✓ Presupuesto tiene logo.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos del prestador.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto no tiene firma ni timbre, pero el respaldo de la información del prestador será entregado por el formulario dental.
- ✓ Prestador indica que presupuesto tiene una vigencia de 30 días, pero respetaremos la fecha de los 365 días entregada por el Servicio de Bienestar.



clinica brelo
 Dr(a). Macarena Cortez Díaz, Esp. Odontopediatría, RUT: 18420038-4
 Fecha Impresión: 12 de Diciembre de 2023
 ID: 655

Presupuesto n° 912:
Nuevo plan de tratamiento

Paciente:

Nombre: Martín Paredes Fecha de Nacimiento: No definida
 RUT: 24465730-3 Convenio: Clínica Brelo (Brelo)

Detalle del Presupuesto:

Estado	Prestaciones Clínicas	Pieza(s)	Subtotal	Dcto.	Total
Pendiente	[OP] Consulta especialista en Niños	-	\$15.000	100%	\$0
Pendiente	[OP] Flúor barniz boca completa en 1 sesión - Niños	-	\$45.500	0%	\$45.500

Resumen del Presupuesto:

Prestaciones Clínicas	\$60.500
Subtotal	\$60.500
Descuento total	(-) \$15.000
Total del presupuesto	\$45.500

Estado de cuenta:

Total del presupuesto	\$45.500
Abonos del paciente	(-) \$0
Total por pagar	\$45.500

 Dr(a). Macarena Cortez Díaz

 Firma Paciente y/o Apoderado

clinica brelo
 Dr(a). Macarena Cortez Díaz, Esp. Odontopediatría, RUT: 18420038-4

- ✓ Presupuesto digital.
- ✓ Presupuesto tiene logo.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos del prestador.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto tiene nro.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto no tiene firma ni timbre, pero el respaldo de la información del prestador será entregado por el formulario dental.

- ✓ Presupuesto digital.
- ✓ Presupuesto tiene logo.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos del prestador.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto sin nro.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto tiene firma timbre y el respaldo de la información del prestador será entregado por el formulario dental.

- ✓ Presupuesto manual.
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto no tiene nro. correlativo, sólo fecha de emisión.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto tiene timbre y sin firma de responsabilidad.
- ✓ El respaldo de la información del prestador será entregado por el formulario dental y en caso de dudas por la informalidad del documento el ejecutivo/a deberá realizar las gestiones formarles de verificación con el centro dental u odontólogo según corresponda.



CLÍNICA DENTAL OCEÁNICA

Ramón Barros Luco 1613, Of 405 (4to. Piso Torre
Bioceánica)
Teléfono 930613511/986913386

Nuevo plan de tratamiento #26374, Generado: 30 de Diciembre de 2023, Impreso: 30 de Diciembre de 2023
Dr(a). Paulina Miño Scheblein, RUT 18570943-4
Especialidad: Endodoncia
Paciente: Isabel Cabañas Muñoz, RUT 16758365-2
Convenio: Clínica Dental Oceánica : 15% de descuento

Prestación	Pieza(s)	Cantidad	Unidad	Subtotal	Dcto	Total
Endodoncia premolar inicio	1.4	1 (0 realizados)	\$80.000	\$80.000	15%	\$68.000
Endodoncia premolar término	1.4	1 (0 realizados)	\$80.000	\$80.000	15%	\$68.000
Provisorio endodoncia Vidrio Ionómero	1.4	1 (0 realizados)	\$32.000	\$32.000	0%	\$32.000
Rx control endodoncia	1.4	1 (0 realizados)	\$7.000	\$7.000	0%	\$7.000
Control Endodóntico para alta	1.4	1 (0 realizados)	\$2.000	\$2.000	0%	\$2.000

Otros	Pieza(s)	Cantidad	Unidad	Subtotal	Dcto	Total
Instrumentación Mecanizada	1.4	1	\$41.250	\$41.250	0%	\$41.250

Resumen del presupuesto:

Total sin descuento:	\$242.250
Acciones Clínicas:	\$177.000
Otros:	\$41.250
Total con descuento:	\$218.250

Comentarios:

Los tratamientos de Endodoncia no incluyen la restauración definitiva

Firmas

Dr. Tratante


Dr. Paulina Miño Scheblein
18570943-4
Dentista

Paciente o Representante



- ✓ Presupuesto ideal
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto tiene nro. de presupuesto
- ✓ Presupuesto cuenta con fecha de emisión.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto con timbre y firma de responsabilidad del prestador.



Presupuesto Dental

Nombre: Lidia Carmona

Rut: 8844081-8

Edad: 31 años

PIEZA	TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	ARANCEL
	Primera consulta	\$20.000
4	RX	\$15.000
	Destarraje e Higiene	\$45.000
	Endodoncia pza. 1.6	\$190.000
	Endodoncia pza. 1.5	\$160.000
2	Pernos de fibra	\$60.000
1	Incrustación pza. 1.6	\$160.000
5	Resinas posteriores pzas. 1.5-2.7-3.5-4.6-4.7	\$250.000
	Flúor Barniz	\$20.000
	Endodoncia pza. 2.7	\$190.000
	TOTAL A PAGAR	\$1.110.000



Dra. Evelin Rodríguez U.

Especialista en Endodoncia, rehabilitación Oral, Estética e implantología

Fono: 996812345

Osorno, 1 de febrero 2024

- ✓ Presupuesto informal
- ✓ Presupuesto cuenta con datos que individualizan al paciente.
- ✓ Presupuesto no tiene nro. de presupuesto
- ✓ Presupuesto cuenta con fecha de emisión.
- ✓ Presupuesto cuenta con monto.
- ✓ Presupuesto sin timbre
- ✓ Presupuesto no tiene logo
- ✓ Presupuesto se debe rechazar



RECHAZOS PARA INDICAR EN LA PLATAFORMA

Nro.	Situación	Explicación de Rechazo	Comentario de rechazo
1	Atención de Urgencias	Rechazar si no se adjuntan respaldos emitidos por el prestador de la atención de urgencias	Debe presentar formulario dental completo en su totalidad adjuntando respaldo de la urgencia con firma y timbre.
2	Blanqueamientos y carillas dentales (sin ser parte de un tratamiento de restauración o rehabilitación dental)	Prestaciones no cubiertas por el Servicio de Bienestar.	Prestaciones no cubiertas por el Servicio de Bienestar. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/ServicioBienestar/Beneficio/PublishingImages/Paginas/bonificacion-odontologica/Manual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf
3	Boleta con retención de impuesto.	Boleta emitida para una empresa, porque se especifica la retención vigente en el año comercial respectivo del 13,75%.	Debe solicitar al centro dental que se anule y emita una nueva boleta sin retención.
4	Boleta de farmacia sin detalle de compra.	Adjuntar boleta original de farmacia, con el detalle y valor de la compra y debe coincidir con lo indicado en receta médica.	Debe adjuntar boleta original de farmacia, con el detalle y valor de la compra la cual debe coincidir con lo indicado en receta médica.
5	Boleta de farmacia sin receta médica.	Adjuntar receta original emitida por el Odontólogo, debe contar con fecha de emisión anterior a la compra o del mismo día, nombre completo paciente o Rut, timbre dentista.	Debe adjuntar receta original emitida por el Odontólogo, con fecha de emisión anterior a la compra o del mismo día, nombre completo paciente o Rut, timbre dentista.
6	Boleta manual.	De acuerdo con la ley 21.256 emitida por Servicio de Impuestos Internos, sólo se aceptarán boletas en formato electrónico. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/ServicioBienestar/Beneficio/PublishingImages/Paginas/bonificacion-odontologica/Manual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Debe presentar boleta electrónica
7	Boleta rayada o manipulada.	La información de la boleta adjunta se visualiza con modificaciones.	Debe solicitar al centro dental que emita una nueva boleta.
8	Documento tributario en período de carencia	Rechazar en caso de afilados/as nuevos, la fecha del documento de pago <u>no es posterior</u> al período de carencia. Es decir, el documento no tiene fecha del 1er día hábil del 4to mes de afiliación.	Documento tributario emitido durante período de carencia. No corresponde reembolso.
9	Documento tributario sin respaldos solicitados	Rechazar si solicitud no cuenta con todos los respaldos requeridos para la aprobación del gasto dental.	Debe adjuntar.... (documento faltante)



10	Documentos adjuntos, no son documentos tributarios de pago. (adjunta sólo “Comprobante de Pago” / “Comprobante de transferencia”)	Documentos no válidos, adjuntar documento tributario Boleta y/o Voucher según corresponda. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/ServicioBienestar/Beneficio/PublishingImages/Paginas/bonificacionodontologica/Manual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Debe adjuntar documento tributario de pago.
11	Documentos ilegibles	Rechazo, dado que documentos deben ser legibles de manera inmediata para cualquier persona que los revise en plataforma, el documento debe ser evidente por sí mismo. (incluye formulario dental, documento tributario, presupuesto u otros)	Debe adjuntar imágenes completas, claras y legibles.
12	Fecha de documento tributario de pago <u>excede</u> los 180 días continuos desde su fecha de emisión.	Rechazo pues fecha de documento contable excede los 180 días continuos desde su fecha de emisión.	Documento tributario fuera de plazo.
13	Firma electrónica avanzada del prestador	Rechazar si prestador completa formulario con firma digital. Formulario se debe completar de puño y letra del prestador	Debe solicitar al prestador completar formulario dental de puño y letra.
14	Formato de documentos adjuntos	Documentos deben ser transformados a PDF, JPG o JPEG y no capturas de pantallas dado que documentos deben ser legibles de manera inmediata para cualquier persona que los revise en plataforma y a fin de dar formalidad al procedimiento.	Debe adjuntar archivo PDF o archivo de imagen
15	Formulario de Reembolso dental con información incompleta: Sin datos del afiliado (ítem I) y/o firma afiliado titular.	Formulario de Reembolso Dental con información incompleta, completar datos del afiliado y/o firma. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/CentroDocumentacion/Documentos%20Junji/M anual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Formulario incompleto, afiliado debe completar sus datos y/o firmar formulario en campo correspondiente después del cuadro C.
16	Formulario de Reembolso dental con información incompleta: Sin datos del paciente, nombre y/o RUT. (ítem II)	Formulario de Reembolso Dental con información incompleta, el centro dental debe completar los datos del paciente: nombre y Rut. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/CentroDocumentacion/Documentos%20Junji/M anual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Formulario incompleto, debe solicitar al PRESTADOR completar datos faltantes del ítem II.
17	Formulario de Reembolso dental no coincide con la Boleta o Voucher.	La información detallada en el Formulario de Reembolso dental no coincide con la Boleta o Voucher. Actualizar Formulario Dental, disponible en la intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/CentroDocumentacion/Documentos%20Junji/M anual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Prestador debe completar un nuevo formulario dental que coincida con la información de documento tributario.
18	Formulario de Reembolso Dental no se adjunta	Adjuntar Formulario de Reembolso Dental disponible en la intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/CentroDocumentacion/Documentos%20Junji/Formulario%20de%20solicitud%20de%20reembolso%20dental.pdf	Debe adjuntar formulario de reembolso dental



19	Formulario de Reembolso dental sólo indica "Ortodoncia", "Atención Dental", "Consulta", "Control", entre otros.	Formulario de Reembolso Dental con información incompleta, el centro dental debe detallar las prestaciones realizadas. Por favor Revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/CentroDocumentacion/Documentos%20Junji/M anual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf	Prestador debe completar en formulario dental detalle de la prestación.
20	Formulario dental desactualizado	Adjuntar formulario dental Versión 03.2024 requisito exigido desde el 01.04.2024. Excepción: si documento tributario tiene fecha de emisión previa al 01-04-2024.	Debe adjuntar formulario dental en su Versión 03/2024
21	Formulario sin Firma y/o timbre del prestador, o especialidad que no se pueda verificar en ningún adjunto.	Rechazo por formulario sin firma y timbre de prestador, o especialidad que no se pueda verificar en ningún adjunto.	Debe solicitar que prestador complete campo de firma y timbre, o especialidad que no se pueda verificar en ningún adjunto
22	Formulario enmendado	Rechazo por formulario que ha sido sobrescrito o modificado con corrector. Debe indicarse que debe completar un nuevo formulario.	Debe completar un nuevo formulario dental sin enmendaduras.
23	GES Dental	Rechazar en caso de afilados/as a Fonasa o Isapre para las <u>prestaciones otorgadas por Ges dental</u> : niños/a hasta 6 años o para mujeres en situación de embarazo o para adultos desde los 60 años, que NO SE ADJUNTE además la activación del Ges como respaldo, dado que el bono sólo indicará el copago a pagar correspondiente al pago de la canasta mensual o por cada vez, no adjunten estos respaldos.	Debe activación de GES como respaldo y bono de copago.
24	kit dental y/o recetas y boletas por: cepillo de dientes, hilo dental, enjuagues y pastas dentales.	Rechazar si el afilado/a presenta boleta con descripción de kit dental, solo considerar el pago de radiografías que forman parte de este concepto. Rebajar kit dental del total del presupuesto, sólo considerar el pago de radiografías si es que forman parte de este concepto. Lo anterior dado que en algunos casos pudiese incluir la entrega de un cepillo de dientes, pasta, enjuagues etc. como apoyo al tratamiento, sin embargo, estas prestaciones no se encuentran cubiertas por nuestro reglamento.	Prestaciones no cubiertas por el Servicio de Bienestar. Por favor revisar Manual de usuario disponible en Intranet: https://junji.sharepoint.com/sites/intranet/ServicioBienestar/Beneficio/PublishingImages/P aginas/bonificacion-odontologica/Manual%20de%20usuario%20del%20reembolso%20dental%202023.pdf
25	Montos presentados no coinciden con el presupuesto y/o detalle adjunto.	Rechazo, porque las prestaciones deben coincidir con presupuesto y/o detalle que se adjunta. Si no corresponden los montos y el pago corresponde a un "abono" al tratamiento el formulario debe indicarlo y adjuntar los respaldos correspondientes.	Debe presentar documento tributario que coincida con presupuesto. De lo contrario, formulario dental debe indicar abono.
26	PAD Dental	Rechazar en caso de afiliados/as a Fonasa que han usado PAD Dental para el pago de alguna prestación, siempre y cuando no adjunten el detalle del bono pagado y/o presupuesto de respaldo.	Debe adjuntar detalle del bono y el presupuesto de respaldo.



27	Pago parcial al tratamiento dental (Abono)	Rechazar si no <u>se adjunta detalle</u> del presupuesto al cual está realizando el abono. Este respaldo debe ser emitido por el prestador.	Debe adjuntar formulario que detalle abono al presupuesto.
28	Presupuesto u otro detalle	Rechazar en caso de que presupuesto y/o detalle no coincida con lo informado en formulario dental	Debe presentar presupuesto u otro detalle coincida con lo informado en formulario dental
29	Prótesis Dental Fonasa	Rechazar si afiliado/a Fonasa, de cualquier edad, ingresa en plataforma formulario, boleta de pago y SIN programa médico entregado como respaldo al aporte que Fonasa le otorga a sus afiliados/as por esa prestación. Excepto boletas de honorarios (entendiendo que Fonasa reembolsa la prótesis y no quien la confecciona)	Debe adjuntar programa médico de Fonasa por aporte correspondiente a prótesis.
30	Solicitud con más de un documento tributario	Formulario debe contener 01 documento tributario para su ingreso a plataforma. En caso de que el formulario dental contenga más de una boleta o voucher y estos cuadren con el total indicado en dicho documento y presupuesto, se debe ingresar una solicitud por cada documento tributario repitiendo el formulario y presupuesto en cada una de ellas. (el ejecutivo debe revisar historial de funcionario para analizar en caso de que fuera necesario)	Debe ingresar en plataforma una solicitud por cada documento contable junto al presupuesto y formulario.
31	Tope Anual afiliado/a.	Revisar solicitudes históricas cuando sistema entrega mensaje de validación correspondiente al tope anual del beneficio. Rechazar si corresponde.	Se informa que usted ya utilizó el tope anual por concepto de Reembolso Dental.
32	Tope Anual grupo de cargas legales.	Revisar solicitudes históricas cuando sistema entrega mensaje de validación correspondiente al tope anual del beneficio. Rechazar si corresponde.	Se informa que usted ya utilizó el tope anual por concepto de Reembolso Dental.
33	Vigencia de presupuesto	Rechazar si presupuesto original tiene más de 365 días desde su fecha de emisión y presentación del gasto. A excepción que presupuesto indique una fecha superior.	Debe presentar presupuesto con fecha actualizada al año en curso.
34	Voucher indica "Duplicado Cliente"	Rechazar <u>si voucher no es un comprobante de la máquina TUU ;)</u> y señala "Duplicado cliente". Si es de TUU aprobar.	Prestador debe indicar en formulario dental el motivo por el cual se entrega duplicado del documento tributario de pago.
35	Voucher indica "Copia Comercio"	Rechazar si voucher indica copia comercio, funcionario debe adjuntar voucher que indique copia cliente	Debe adjuntar voucher correspondiente "Copia Cliente"

ESPERAMOS QUE ESTA INFORMACIÓN SEA DE SU UTILIDAD
SERVICIO DE BIENESTAR
JUNJI