

REGLAMENTO DEL FONDO DE AYUDA MÉDICA
DE LOS TRABAJADORES DE SCOTIABANK

CAPITULO PRIMERO

ARTICULO 1º : Constituyese el Fondo de Ayuda Médica de los Trabajadores de **Scotiabank** , en adelante el Fondo, el cual se regirá por las disposiciones del capítulo VI del Contrato Colectivo celebrado entre dicha Institución y los Sindicatos Nacional y Nº2 de la Empresa, con fecha 31 de Junio de 1995, y por las normas contractuales que en el futuro reemplacen o modifiquen a las cláusulas antes citadas y por el presente reglamento.

ARTICULO 2º : El Fondo tendrá por objeto prestar auxilio a los Trabajadores de **Scotiabank**, en adelante el Banco, a sus cargas familiares legalmente autorizadas y a su cónyuge según Capítulo 5 Artículo 20 letra b, para el pago del valor de las prestaciones médicas financiadas por las Instituciones de Salud que integran el sistema previsional reconocido por las leyes. El otorgamiento de este auxilio se rige por lo dispuesto en el presente Reglamento y será evaluado de acuerdo a la siniestralidad.

ARTICULO 3º: La concesión de los Beneficios del Fondo, quedará subordinada a la existencia de recursos acumulados que permitan su pago. Por consiguiente, ni **Scotiabank** ni los Sindicatos Nacional y Nº 2 de los Trabajadores de la Empresa serán responsables de su otorgamiento, en caso de extinción de dichos recursos o de insuficiencia de los mismos.

CAPITULO SEGUNDO: DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO

ARTÍCULO 4º: Serán beneficiarios del Fondo:

- a) Los Trabajadores del Banco afectos al Contrato Colectivo celebrado entre esta Institución y los Sindicatos Nacional y Nº2 de trabajadores de la Empresa con fecha 04 de Noviembre de 1985, así como aquellos que en el futuro queden afectos a los instrumentos colectivos que modifiquen o reemplacen a dicho contrato.
- b) Los demás trabajadores del Banco, que negocien individualmente y soliciten por escrito su incorporación al Fondo en calidad de beneficiarios.
Con excepción de aquel que haya renunciado voluntariamente a éste, el que podrá solicitar nuevamente su incorporación después de dos (2) años de su retiro.
La Comisión Administradora deberá aceptar o rechazar esta solicitud de incorporación, siempre que en ella el trabajador se comprometa a acatar íntegramente las normas contractuales y reglamentarias por las cuales se rige aquel. La Comisión Administradora tendrá también la facultad de rechazar dicha solicitud.

- c) Las cargas familiares de los trabajadores a que se refieren las letras a. y b, que se encuentren legalmente autorizadas.

ARTICULO 5º: Los trabajadores a que se refiere la letra a y b, del artículo precedente, sus cargas familiares y su cónyuge si procediere sólo tendrán derecho a los beneficios del Fondo una vez que hayan erogado a éste tres cotizaciones mensuales. De acuerdo a esto, podrá solicitar reembolsos a partir del primer día del mes posterior a las tres cotizaciones ya aportadas.

ARTICULO 6º : Una vez aceptada la incorporación como beneficiario del Fondo de un trabajador no afecto a un contrato u otro instrumento colectivo, éste sólo dejará de pertenecer a él por las causales previstas en este reglamento.

ARTICULO 7º: La calidad de beneficiario se perderá:

- a) Por la pérdida de la calidad de trabajador del Banco, quién sólo podrá solicitar reembolso por prestaciones de salud, generadas hasta 30 días **corridos** desde la fecha de término de contrato. Para tal efecto se deberá realizar el aporte correspondiente de ese período, tanto por parte del trabajador como del Banco.
- b) Por la pérdida de la calidad de carga familiar legalmente autorizada.
- c) Por expulsión decretada por el Directorio de la Corporación, por grave incumplimiento de las obligaciones que derivan de dicha calidad. Lo anterior se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo Octavo.
Si quién perdiere la calidad de beneficiario fuere un trabajador, ella se extenderá además a sus cargas familiares.
- d) Renuncia de la calidad de beneficiario aceptada por el Gerente General y ratificada por el Directorio de la Corporación.
- e) Funcionarios con permiso sin goce de sueldo, no incorporados en planilla de remuneraciones.

ARTICULO 8º: Podrá renunciar a la calidad de beneficiario del Fondo, el trabajador no afecto a un contrato u otro instrumento colectivo, manifestándolo a través de una carta dirigida al Gerente General de la Corporación, cumpliendo con los siguientes requisitos:

- a) No haber hecho uso del ítem de Emergencia del Fondo, por lo menos durante los dos últimos años contados desde la fecha de la solicitud de la renuncia.
- b) No haber solicitado durante los últimos seis meses, reembolsos superiores al promedio de sus cotizaciones al Fondo durante el mismo periodo.
- c) Para el caso de los afiliados afectados a contrato colectivo con Sindicato Nacional de Empleados BDD o Sindicato de Trabajadores BDD pueden solicitar su renuncia enviando una carta dirigida al Gerente General de la Corporación

CAPITULO TERCERO: DEL FINANCIAMIENTO Y DISTRIBUCION DEL FONDO

ARTICULO 9º: El Fondo se financiará con los siguientes aportes:

- a) Con el 2,4% sobre los sueldos bases mensuales de los trabajadores que sean sus beneficiarios, de cargo del Banco, con tope de UF. 80, y
- b) Con el 1,75% sobre dichos sueldos bases, de cargo de los trabajadores a que se refiere la letra anterior, con tope de UF. 80.
- c) Para efectos de mantener la equidad del aporte que hacen los socios de este Fondo de Salud y los beneficios que de él se reciben, se establece que para los empleados del Banco contratados en fecha posterior al 31 de julio de 2006 y que tengan régimen de remuneraciones basados en comisiones, se considerará como sueldo base, sólo para los efectos de calcular el 1,75% de aporte del funcionario y el 2,4% de aporte que hace el banco, al monto bruto que resulte de aplicar un 80% de las remuneraciones mensuales totales recibidas (sueldo base más comisiones). Para estos efectos, el monto base resultante no podrá exceder de 80 UF.

ARTICULO 10º : El Banco descontará de las remuneraciones mensuales de los trabajadores los aportes que correspondan al Fondo, y los integrará a éste con su propia contribución, al día siguiente de efectuado el descuento.

ARTICULO 11º: El total de los ingresos del Fondo se destinará a tres ítems diferentes:

- a) Ítem de Emergencia, su finalidad será prestar ayuda para casos excepcionales, los cuales serán presentados por la Comisión Administradora del Fondo, al Directorio de la Corporación, para su evaluación y aprobación o desaprobación.
- b) Ítem de Reserva, su finalidad será la mantención de un margen de seguridad en prevención de fluctuaciones bruscas que pongan al Fondo en peligro de desfinanciamiento, y
- c) Ítem operacional, que corresponderá al 100% del total de los valores recaudados. Su finalidad será la bonificación de los gastos de salud de los beneficiarios que no sean beneficiados por las instituciones de salud.

De existir excedentes mensuales éstos serán destinados un 66,66% al ítem de reserva y un 33,34% al ítem de emergencia.

CAPITULO CUARTO: DE LA ADMINISTRACION DEL FONDO

ARTICULO 12º: El fondo será administrado por los siguientes organismos:

- a) El Directorio de la Corporación de Bienestar
- b) La Comisión Administradora.

ARTICULO 13º: La dirección, administración y representación de la Corporación, será ejercida por un Directorio integrado por cinco miembros titulares y cinco suplentes. De éstos, dos titulares y sus respectivos suplentes serán designados por la Administración de Scotiabank, un titular y su respectivo suplente será designado por el Sindicato Nacional de los Trabajadores de Scotiabank, un titular y su respectivo suplente será designado por el Sindicato Número Dos de los Trabajadores del Scotiabank y un quinto titular y su respectivo suplente, en votación directa por los socios beneficiarios de la Corporación de Bienestar.

ARTICULO 14º: La Comisión Administradora estará integrada de la siguiente manera:

- a) Por el Gerente de la Corporación de Bienestar.
- b) Por el Jefe de la Corporación de Bienestar.
- c) Por un representante del Sindicato Nacional de los trabajadores de la Empresa, designado por su Directorio, y
- d) Por un representante del Sindicato N°2 de los trabajadores de la empresa, designado por su Directorio.

ARTICULO 15º : Los integrantes del Directorio de la Corporación y de la Comisión Administradora durará en sus funciones mientras ostenten los cargos o revistan la representación de las entidades que respectivamente los hayan designado.

ARTICULO 16º: Las decisiones del Directorio de la Corporación y de la Comisión Administradora se adoptarán por la mayoría de sus integrantes.

ARTÍCULO 17º: Serán funciones del Directorio de la Corporación:

- a) Tomar conocimiento sobre las solicitudes de renuncia de los trabajadores a que se refiere el Art. 8. y ratificarlas
- b) Acordar la expulsión de un beneficiario, en conformidad a la letra c. del Artículo N°7.
- c) Revisar anualmente los porcentajes y montos de ayuda establecidos en el artículo N°20 para financiar las diversas especies de bonificaciones otorgadas en conformidad a dicho precepto y acordar las modificaciones que fuere necesario establecer. Esta revisión podrá hacerse en un plazo inferior cuando fuere necesario hacer frente a eventualidades determinadas.
- d) Ejecutar los actos o contratos de administración que estime necesario o útiles para los intereses del Fondo, especialmente para el otorgamiento de los beneficios y para la seguridad de sus inversiones.
- e) Dictar las instrucciones necesarias para el funcionamiento del Fondo.
- f) Acordar el término de algún beneficio establecido en el artículo N° 20 o crear uno nuevo, así como determinar la extensión de beneficios a miembros del grupo familiar del trabajador, que no sean carga familiar de éste.

- g) Modificar los porcentajes correspondientes a los ítems establecidos en el artículo N°11, si fuere necesario hacer, frente a posibles eventualidades.

ARTICULO 18º: La Comisión Administradora tendrá las siguientes funciones:

- a) Pronunciarse sobre las solicitudes de ingreso al Fondo.
- b) Evaluar aquellas solicitudes o peticiones que puedan formular los beneficiarios respecto a situaciones no contempladas en reglamento. Los casos que ameritaren evaluación serán llevados para una resolución del Directorio de la Corporación.
- c) Encomendar a uno de sus integrantes las funciones de secretario, el cual estará encargado de llevar un libro de actas en que se consignarán todos los acuerdos de la Comisión.
- d) Informar oportunamente al Directorio de la Corporación sobre el cumplimiento de los fines previstos por este reglamento para el ítem Operacional.

ARTICULO 19º: Los gastos de Administración del Fondo no podrán excederse del 10% de sus ingresos, en el año.

CAPITULO QUINTO: DE LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR EL FONDO

ARTICULO 20º:

- a) El Fondo otorgará las bonificaciones o ayudas sobre la diferencia de las prestaciones médicas cubiertas por Isapres, Fonasa, Compañías de Seguros, Corporaciones de Bienestar, Mutual, Caja de Compensación o cualquiera otra institución que contemple bonificación, hasta el monto máximo anual de UF 150 (ciento cincuenta unidades de fomento) por cada trabajador, sus cargas legalmente autorizadas y su cónyuge (ver letra b) en total.

Estas bonificaciones serán otorgadas si el afiliado esté al día en sus aportes

Al toparse las UF 150 anuales no se cancelarán prestaciones ocurridas en el mismo año calendario.

- b) Se reembolsará a Cónyuges No Cargas con un tope de UF 30 anual, gastos derivados por Hospitalizaciones, Parto normal, Cesárea y Aborto no provocado, según porcentajes contenidos en tabla.

Con relación a cónyuges no cargas, para efectos de reembolso en Ítem Maternidad, intervenciones quirúrgicas y/o hospitalizaciones, además de lo solicitado en su generalidad, debe remitir:

- ✓ Certificado de matrimonio.
- ✓ Certificado del empleador donde explicita que no cuenta con seguro complementario o haya alguna instancia de esta empresa que le reembolse.

- ✓ Si tiene seguro, primero debe concurrir a éste y remitir copias de bonos, detalle cuenta clínica y liquidación de bonificación original de la Cía. de Seguros o Servicio de Bienestar.
- c) Al funcionario desvinculado de acuerdo a lo descrito en el artículo 7 a) se le otorgará un tope máximo de bonificación por grupo familiar, por ese periodo de UF 12,5.
- d) Se mantendrá como beneficiario a aquel hijo que ha egresado de Enseñanza Media, y que y que al año siguiente sigue sus estudios pre universitarios, con previo certificado que lo acredite, por el periodo de Abril a Diciembre, considerando que el status de alumno regular es válido hasta Marzo.

TABLA DE COBERTURAS

Los siguientes porcentajes de bonificación se aplican posteriores al reembolso de Isapre o Fonasa. En caso que no exista bonificación por parte de estos y, siempre que corresponda, se bonificará al 50%.

IMPORTANTE: Los documentos recibidos la última semana del año en curso, se cargarán a las UF del año siguiente.

PRESTACIONES AMBULATORIAS	PRESTACION	COBERTURA
	Consulta Médica	Si la diferencia no cubierta (costo consulta menos reembolso Isapre o Fonasa) es menor o igual que UF 1 se reembolsa el 80%. Si la diferencia no cubierta es mayor a UF 1 se reembolsa el 70% con tope de UF 1
	Consulta de Urgencia	80% de la diferencia no cubierta, con tope de UF 1,5
	Exámenes	80% sin tope
	Medicamentos	73% con tope anual de UF 30 por grupo familiar
	Productos naturales*	50% con tope anual de UF 5
	Vitaminas *(Se incluye en este ítem antioxidantes y micronutrientes)	50% con tope anual de UF 5
	Inyecciones, curaciones	50% sin tope
	Dadores de Sangre *	70% con tope anual de UF 15

PRESTACIONES HOSPITALARIAS	PRESTACION	COBERTURA
	Día cama normal	80% con tope UF. 3 por día
	Día cama UCI y UTI	80% con tope UF 4.5 por día
	Honorarios médicos	80% sin tope
	Servicios Hospitalarios	80% sin tope
	CÓNYUGES CARGAS Y FUNCIONARIAS	
	Parto Normal	80% con tope UF 30 anual
	Cesárea	80% con tope UF 45 anual
	Aborto no provocado	80% con tope UF 10 anual
	Otros Hospitalarios* son aquellas prestaciones que no tienen cobertura de Isapre o Fonasa.	50% sin tope
CIRUGÍAS	PRESTACION	COBERTURA
	Cirugía menor	80% sin tope
	Cirugía refractiva Lasik	80% con tope anual de UF 20 (considerando ambas intervenciones).
	Obesidad Tope anual por cirugía obesidad UF 20 *IMPORTANTE: No se bonificará segunda operación de un mismo socio/as beneficiario/a	Día cama normal 80% con tope UF. 3 por día
		Día Cama UCI y UTI 80% con tope de UF 4,5 por día
		Honorarios médicos 80%
		Servicios Hospitalarios 80%
		Otros Hospitalarios* son aquellas prestaciones que no tienen cobertura de Isapre o Fonasa 50%
PRESTACION	COBERTURA	
Ambulancia PRESTACIONES HOSPITALARIAS	80% con tope UF 2 anual por beneficiario (con certificado médico y según diagnóstico).	
AMBULANCIA		

	Ambulancia Interurbana (Entre ciudades)	80% con tope anual de UF 20
TRATAMIENTOS (Todos deben presentar Derivación Médica, indicando diagnóstico, frecuencia y tiempo de tratamiento)	PRESTACION	COBERTURA
	Kinesiterapia	75% con tope de UF 25 anual por beneficiario
	Psicoterapia	75% con tope UF 25 anual por beneficiario,
	Fonoaudiología	75% con tope de UF 10 anual por beneficiario
	Terapia Ocupacional	50% con tope de UF 10 anual por beneficiario
	Nutricionista *	50% con tope UF 5 anual
	Psicopedagogo *	50% con tope de UF 10 anual
	Acupuntura *	50% con tope de UF 5 anual
	Tratamiento Hormona de Crecimiento	50% sin tope
	Inmunoterapia *	50% con tope de UF 5 anual
	Tratamiento de Infertilidad	50% con tope UF 100 anual (Inseminación artificial, fecundación in vitro, ovo donación)
MEDICINA PREVENTIVA	PRESTACION	COBERTURA
	Medicina Preventiva del Infante: Desde recién nacido hasta 15 años. Se consideran las vacunas/ antígenos <u>no</u> asociadas a los programas de vacunación definidos por el Directorio y el Ministerio de Salud.	50% con tope de UF 3 anual
	Control Oftalmológico del Infante (desde recién nacido hasta los 15 años)	80 % Ídem Ítem Consulta
	Control maternal por matrona	80% sin tope

	Medicina Preventiva Mujeres : Control Ginecológico	100% sin tope anual, para consulta y exámenes que hayan tenido cobertura por Fonasa o Isapre. Incluye Papanicolau mamografía y ecotomografía ginecológica, densitometría ósea, exámenes de laboratorio: HVP, perfiles lipídicos, hormonales y tiroideos.
	Medicina Preventiva Hombres	100% sin tope anual, para consulta y exámenes que hayan tenido cobertura por Isapre o Fonasa. Incluye, Antígeno prostático, Ecotomografía prostática, perfiles lipídicos, perfiles bioquímicos, y HVP.
Prótesis y Ortesis	PRESTACION	COBERTURA
	Cristales ópticos, marcos	80% con tope de UF 3 por beneficiario anual
	Lentes de contacto	80% con tope de UF 4 anual
	Ortesis y Prótesis en general* <i>* Las prótesis y órtesis que no cuenten con bonificación de su Isapre o Fonasa, no tendrán cobertura por el Fondo de Ayuda Médica.</i>	80% con tope UF 20 por beneficiario anual, todas aquellas que tienen codificación por Fonasa. Se incluirá en este ítem lentes de contacto exclusivamente para la enfermedad de Queratocono
	Prótesis y Ortesis de alta complejidad: Por intervención quirúrgica cardiológica, de caderas, trasplantes.	80% con tope de UF 40 anual. Se evaluará caso a caso.
	Plantillas* <i>*Si no tuvo cobertura de Isapre o Fonasa se reembolsará al 50%</i>	75% con tope UF 1 por beneficiario anual. Se evaluará caso a caso.
	Catre clínico, colchón anti-escaras, silla de ruedas	50% con tope UF 3 anual
Ges	PRESTACION	COBERTURA
	Prestaciones médicas - ambulatorias y hospitalarias a través de Bono GES.	Bonificación del deducible al 100% con tope de UF 122 anual.

CAEC	Hospitalizaciones en donde se active Seguro Catastrófico (Bono CAEC).	Bonificación del deducible al 100% con tope de UF 126 anual.
	Bonos de atención nominativa ambulatoria (consultas y exámenes)	100% sin tope
FONASA	BENEFICIARIOS FONASA: Pago Asociado a un diagnóstico PAD. Es un paquete que garantiza un monto a cancelar, desde un principio, a Clínica u Hospital por cualquiera de las cirugías o procedimientos definidos.	100% sin tope
	En caso de accidente o urgencia odontológica, en la cual tiene que acudir a Centros Hospitalarios de urgencia, se cancelarán prestaciones por traumas odontológicos, urgencias, medicamentos asociados (antibióticos, antiinflamatorios, y analgésicos)	75% con tope de UF 5 anual.
URGENCIA ODONTOLOGICA	PRESTACIÓN	COBERTURA
	Planificación Familiar: Solo para funcionarias y cónyuges cargas legales. En este ítem se incluye: anovulatorios, anticonceptivos, dispositivos, test de embarazos, entre otros.	50 % con tope anual de UF 3
	Leches sustitutas solo por patología Alergia a la Proteína de la vaca	50% con tope de UF 15 anuales. Previo informe médico.
	REHABILITACION INTEGRAL * Se consideran situaciones de mayor complejidad , tales como: Trastornos del Desarrollo, beneficiarios inscritos en el Registro Nacional de Discapitados, que no respondan a un tratamiento temporal producto de una intervención quirúrgica o accidente. Incluiría los siguientes tratamientos los que se asimilarían a este concepto, uno o todos ellos: Hidroterapia, Fonoaudiología, Medicina Física, Terapia Ocupacional.	70% con tope de UF 50 anual.
*Prestaciones deben ser con prescripción médica, asociados a diagnóstico e incorporados a Vademécum.		

Cobertura Especial para Cónyuges No cargas

CÓNYUGE NO CARGA	PRESTACIÓN	COBERTURA	
	Parto Normal	80% con tope UF 25	
	Cesárea	80% con tope UF 30	
	Aborto no provocado	80% con tope UF 10	
	Día cama normal	80% con tope UF 3 por día	
	Día cama UCI y UTI	80% con tope UF 4.5 por día	
	Honorarios médicos	80%	
	Servicios Hospitalarios	80%	
	Prótesis	80% con tope UF 20 anual con cobertura previsional 50% con tope F 20 anual sin cobertura previsional	
	Otros Hospitalarios* son aquellas prestaciones que no tienen cobertura de Isapre o Fonasa.	50%	
	Cirugía Obesidad *IMPORTANTE: No se bonificará segunda operación de un mismo socio/as beneficiario/a	Día cama UCI y UTI 80% con tope UF 4,5 por día.	Tope UF20
Día Cama 80% tope UF 3 por día			
Servicio Hospitalario 80%			
Honorario Médico 80%			
Otros Hospitalarios 50%			
<u>Cobertura Anual: UF 30</u>			

Vigencia a contar de Junio 2017. Importante: Para todo efecto, lo contenido en esta Tabla de Coberturas con vigencia a contar de Junio 2017, tiene validez por sobre los publicados y entregados anteriormente.

En caso que la entidad de salud previsional no bonifique por una prestación médica sea ésta ambulatoria u hospitalaria, se reembolsará al trabajador un 50% del gasto total en que incurra, siempre y cuando ésta se encuentre con código de la nómina de prestaciones de salud, hasta los límites o topes para cada prestación contemplados en este reglamento. No obstante, la Comisión Administradora podrá rechazar los montos considerados excesivos en relación con los vigentes en el sistema de salud considerando parámetros de la media.

- ✓ Se bonificará intervenciones quirúrgicas por diagnóstico de Obesidad, siempre y cuando tenga cobertura por Fonasa o Isapre. Está dentro de las atribuciones solicitar certificaciones, exámenes, protocolos, que fundamenten dicha patología. Se bonificará de acuerdo a los porcentajes o topes contemplados para cada prestación.
- ✓ Se bonificará esterilizaciones en ambos sexos, con fundamentación clínica, de acuerdo a cobertura de gastos hospitalarios.

- ✓ Si los antecedentes clínicos lo ameritan, previa evaluación, se bonificarán tratamientos por disfunción eréctil.
- ✓ Las prestaciones médicas por diagnóstico de Alopecia se bonificarán salvo tratamientos de tipo estético como: implantes de pelo, ampollas revitalizantes, champús especial.

CAPITULO SEXTO: DE LAS EXCLUSIONES

ARTICULO 21º: El Fondo no otorgará bonificación a las siguientes prestaciones:

- a) Epidemias oficialmente declaradas y/o técnicamente definidas.
- b) Fenómenos de la naturaleza tales como: Terremotos, maremotos, erupción volcánica, huracán, etc., que se consideren catástrofe natural.
- c) Consultas o exámenes relativos a medicina preventiva, salvo lo definido en este reglamento. Esto quiere decir, reconocimientos médicos de chequeos o exámenes que no sean necesarios o no estén relacionados con tratamientos de una enfermedad o accidente. **A excepción de los definidos explícitamente en este reglamento, en su capítulo 5º, artículo 20.**
- d) Atención general con fines de reposo. Esta exclusión comprende, Instituciones de tipo termal, vida natural, asilos y otras Instituciones u organismos con fines de reposo.
- e) Accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales cubiertas por la ley 16.744.
- f) Cirugía plástica, tratamientos, procedimientos cuya finalidad sean de tipo estético, incluidos entre éstos el trasplante de pelo y reducción de peso. Se exceptúa la cirugía plástica, que sea necesaria como consecuencia de un accidente.
- g) Gastos por concepto de alimentación suplementaria.
- h) Vacunas. Se exceptúa, los programas definidos por el Directorio, y lo estipulado en Medicina Preventiva del Infante.
- i) Productos recetados por médicos, tales como: protectores o filtros solares, emolientes y protectores, anoréxicos, adelgazantes, inhibidores del apetito, reductores o quemadores de grasas, los definidos como modificadores del metabolismo, anticelulíticos, los definidos como dermatocosméticos, desodorantes y antitranspirantes, para la caída y crecimiento del cabello, recetas magistrales, colutorios dentales, anestésicos locales, agujas, jeringas, azúcares en todas sus formas incluidos los edulcorantes sintéticos, leches, suplementos alimenticios, y otros considerados de naturaleza no médica .
- j) Tratamientos dentales. Se cancelará solo medicamentos antiinflamatorios, antibióticos y analgésicos. Cirujano dentista debe llenar solicitud de reembolso o se debe colocar en receta detalle de la prestación.

- k) No serán bonificados en la hospitalización o intervención quirúrgica: brazaletes de identificación, termómetros clínicos, pañales, servicio de mamaderas, fajas post parto, cuadros clínicos, peluquería, avisos de publicidad, u otro gasto de naturaleza no médica.
- l) La atención particular de enfermería durante la hospitalización y/o intervención quirúrgica, salvo que el médico tratante certifique calidad de riesgo vital. No obstante, se evalúa de acuerdo a diagnóstico.
- m) Arriendo de equipos para uso ambulatorio, que no sean de riesgo vital.
- n) Accesorios médicos, equipos de medición, como tampoco aparatos ortopédicos, salvo los bastones.
- ñ) Las hijas cargas no tendrán cobertura en Ítem Maternidad, considerando en esta exclusión además, controles, hospitalización o tratamientos derivados del embarazo.
- o) Patologías derivadas de complicaciones o secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- p) Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad , tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastia u otra corrección derivada de la baja de peso.

CAPITULO SEPTIMO: PROCEDIMIENTO PARA LA CONCESION DE LA BONIFICACION ESTABLECIDA POR EL FONDO

ARTICULO 22º: Las solicitudes se presentarán o remitirán al Fondo de Ayuda Médica. Estas deben ser originales, no aceptándose aquellas por vía escáner.

ARTICULO 23º: Las solicitudes de bonificación deberán presentarse en el plazo de 60 días corridos contados desde el día en que fue recibida la prestación de salud. Si así no se hiciera, caducará el derecho. Cuando sea rechazada la solicitud, tendrá como plazo tope 60 días para su reingreso.

ARTICULO 24º: El Fondo bonificará en forma bisemanal, el día Miércoles se cancelarán las solicitudes recibidas los días Lunes, Martes y Miércoles de la semana anterior, y el día Viernes se abonarán las solicitudes recibidas el Jueves y Viernes de la semana anterior. Puede variar de existir días feriados en el proceso de reembolsos.

ARTICULO 25º: El pago de la bonificación se efectuará a través del sistema PER, vale decir, será abonado en la cuenta definida para pago electrónico de remuneraciones.

ARTICULO 26º : Si no hubiere fondos suficientes para el pago de las bonificaciones, se diferirá éste para la primera oportunidad en que existan dichos fondos, observándose un estricto orden de precedencia de acuerdo a las fechas de presentación de las solicitudes.

CAPITULO OCTAVO: REGIMEN DE DOBLE CONCURRENCIA DE COBERTURA DE GASTOS

Cabe señalar que según se establece en la Ley de Seguro Automotriz Obligatorio , son las Instituciones Aseguradoras las que deben en primera instancia absorber los gastos provenientes de un accidente automotriz, en la forma y monto que dicha ley establece, luego le corresponderá reembolsar a la Isapre o Fonasa, y si corresponde a seguros particulares (Compañías Aseguradoras, Mutuales, Corporaciones de Bienestar, Cajas de Compensación u otros), y en última instancia con fotocopia de todos los documentos que dan cuenta de las prestaciones médicas y los originales de los bonos de Isapre o Fonasa al Fondo de Ayuda Médica de esta Corporación.

1. En el caso de funcionarios que sean cónyuges, ambos afiliados al Fondo de Ayuda Médica, solo uno tendrá derecho al reembolso, por lo que no se podrá solicitar reembolso por una prestación ya bonificada por el Fondo.
2. Si el funcionario ha contratado otro seguro médico de bonificación , cualquiera sea su naturaleza , monto de cobertura, sea este contrato en una Compañía de Seguro o se encuentre afiliado a una Corporación de Bienestar, Mutual, Caja de Compensación o cualquiera institución que contemple bonificación de prestaciones médicas , este Fondo Médico sólo bonificará sobre los copagos realmente efectuados por el funcionario, por lo que éste, para obtener el reembolso, debe concurrir previamente a la Isapre o Fonasa, luego a su contrato de seguro médico particular y/o cualquier otra entidad que le otorgue bonificación y en última instancia a este Fondo Médico. Para hacer efectiva su solicitud debe remitir fotocopias de bonos, detalle de los gastos y la liquidación de reembolso original otorgada por su otro seguro médico.
3. En caso de que su plan de salud previsional contratado con la Isapre contemple la cobertura de prestaciones médicas con cargo a los excedentes que genera su plan, y usted utilizase dichos excedentes, este Fondo bonificará solo la diferencia no incluida en la bonificación por excedentes o copago efectivo

CAPITULO NOVENO: OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO AYUDA MÉDICA

Entregar al F.A.M., las certificaciones médicas u otras pertinentes y autorizar a éste para requerir la información clínica necesaria.

Toda falsedad en la información de la solicitud de bonificación, se mirará, salvo justa causa de error, como incumplimiento grave al Reglamento del Fondo Ayuda Médica.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que se señalan, da derecho a la Comisión Administradora y/o Directorio de la Corporación a aplicar las siguientes sanciones:

- a. Amonestación
- b. Suspensión
- c. Expulsión

CAPITULO DECIMO: NORMAS GENERALES

- a) Para bonificar, se debe enviar solicitud de reembolso con datos del funcionario. A su vez se requiere que médico tratante indique **diagnóstico** ya sea en solicitud o en recetario. En caso de atención domiciliaria, solicitar al médico que consigne el diagnóstico en el recetario.
- b) Los tratamientos y medicamentos a permanencia tendrán vigencia por 1 año y luego podrán ser renovadas. Los tratamientos como Fonoaudiología, Kinesioterapia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Nutricionista, Psicopedagogo deben ser indicados por profesional médico. Debe indicar la permanencia en la solicitud de reembolso o recetario. Siempre el original debe enviarse al Fondo Médico y mantener en su poder fotocopias para futuras solicitudes.
- c) No se devolverá ni se facilitará en calidad de préstamo ningún documento de respaldo de las solicitudes de reembolso ya canceladas.
- d) En caso de atención de urgencia, la documentación de respaldo que envíe debe certificarse con un timbre o las indicaciones vendrán en el formato tipo que poseen los centros hospitalarios, centros médicos, clínicas, servicio de urgencia, no consultas privadas particulares.
- e) Las solicitudes de reembolso por gastos de farmacia, deben ser acompañadas de la siguiente documentación:
- ✓ Receta médica original, extendida a nombre del paciente, por el médico tratante.
 - ✓ Los medicamentos prescritos deben estar asociados directamente al diagnóstico consignado.
 - ✓ Las recetas deben enviarse acompañadas del bono de consulta, de no ser así, es necesario agregar una nota explicativa en el mismo formulario.
 - ✓ La boleta de farmacia debe indicar claramente el detalle de los medicamentos, valor y cantidad de cada uno. En caso de que por especificación de los medicamentos la receta deba ser retenida en farmacia debe enviar una fotocopia de receta con timbre de certificación de retención o certificado del químico farmacéutico.
 - ✓ Los medicamentos deben ser comprados mes a mes, por lo tanto el Fondo de Ayuda Médica reembolsará la dosis correspondiente a un mes.
- f) Reembolso por cristales ópticos, marcos, lentes de contacto y plantillas ortopédicas:
- ✓ Solicitud de reembolso o recetario con diagnóstico o recetario e indicación de lentes.
 - ✓ Fotocopia de la receta con indicación de lentes.
 - ✓ La boleta debe consignar el nombre del paciente; en su defecto el bono de la Isapre con el código respectivo.
- g) Para la cancelación de tratamientos se debe adjuntar la interconsulta del médico tratante o de la especialidad que corresponda; indicando diagnóstico, cantidad de sesiones y tiempo estimado de tratamiento.

- h) El Fondo Médico no reembolsará en aquellos casos que el afiliado solicite dos boletas por valor de una consulta, como tampoco al cancelar al médico dos bonos por el valor de una consulta.
- i) El Fondo no reembolsará las prestaciones médicas otorgadas y prescritas (medicamentos, tratamientos) por o a través de familiares de consanguinidad directa.
- j) El Fondo de Ayuda no aceptará reemplazo de diagnóstico de una solicitud ya ingresada y rechazada.
- k) Con relación a cónyuges no cargas, para efectos de reembolso en Ítem Maternidad, intervenciones quirúrgicas, prótesis y/o hospitalizaciones, además de lo solicitado en su generalidad, debe remitir:
 - ✓ Certificado de matrimonio.
 - ✓ Certificado del empleador donde explicita que no cuenta con seguro complementario o haya alguna instancia de esta empresa que le reembolse.
 - ✓ Si tiene seguro, primero debe concurrir a éste y remitir copias de bonos, detalle cuenta clínica y liquidación de bonificación original de la Cía. de Seguros o Servicio de Bienestar.
 - ✓ Para el caso de ser trabajador(a) independiente, presentar copia del registro de iniciación de actividades SII y declaración simple que indique que es trabajador(a) independiente.

ARTICULO 27º: El Fondo regirá a contar del 1º de Noviembre de 1985. Su vigencia quedará subordinada a la del Contrato Colectivo de Trabajo, individualizado en el Artículo Nº1 de este Reglamento, así como a la de los instrumentos colectivos que en el futuro lo modifiquen o lo reemplacen.

Si las partes acordaren su disolución, ésta deberá producirse de acuerdo a las normas previstas para la modificación de los Contratos Colectivos por las leyes pertinentes. Corresponderá a las partes constituyentes del Fondo, resolver, de común acuerdo, sobre el destino de los bienes que queden a la época de su disolución.

ARTICULO 28º : Se deja constancia que los aportes y cuotas iniciales, para el financiamiento del Fondo a que se referían los Artículos transitorios contemplados en el anterior texto de este reglamento se entienden definitiva e irrevocablemente incorporadas a su patrimonio.

****Para todo efecto, lo contenido en este Reglamento actualizado en Junio de 2018, tiene vigencia por sobre los publicados y entregados anteriormente.***