Corporación de Bienestar
Trabajadores Scotiabank

REGLAMENTO DEL FONDO DEAYUDA MÉDICA DE LOS TRABAJADORES DE SCOTIABANK

ÍNDICE

CAPITULO PRIMERO **3**

CAPITULO SEGUNDO: DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO **3**

CAPITULO TERCERO: DEL FINANCIAMIENTO Y DISTRIBUCION DEL FONDO **5**

CAPITULO CUARTO: DE LA ADMINISTRACION DEL FONDO **6**

CAPITULO QUINTO: DE LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR EL FONDO **8**

TABLA DE COBERTURAS **9**

MODALIDAD DE COBERTURAS 9

PRESTACIONES AMBULATORIAS 10

PRESTACIONES HOSPITALARIAS 11

CIRUGÍAS 12

AMBULANCIA 13

TRATAMIENTOS 13

MEDICINA PREVENTIVA 14

PRÓTESIS Y ÓRTESIS 15

GES 16

CAEC 16

FONASA 16

URGENCIA ODONTOLOGICA 17

OTROS 18

COBERTURA ESPECIAL PARA CÓNYUGES NO CARGAS 19

CAPITULO SEXTO: DE LAS EXCLUSIONES **21**

CAPITULO SEPTIMO: PROCEDIMIENTO PARA LA CONCESION DE LA BONIFICACION ESTABLECIDA POR EL FONDO **22**

CAPITULO OCTAVO: REGIMEN DE DOBLE CONCURRENCIA DE COBERTURA DE GASTOS **23**

CAPITULO NOVENO: OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO AYUDA MÉDICA **24**

CAPITULO DECIMO: NORMAS GENERALES **24**

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 Artículo 5, 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 con 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 N.º 2 de los Trabajadores de la Empresa serán responsablesde su otorgamiento, en caso de extinción de dichos recursos o de insuficiencia de estos.

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 fecha04 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 de Ayuda Médica en calidad de beneficiarios. Con excepción de aquel que haya renunciado voluntariamente a éste, el que podrás 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 estas tres cotizaciones íntegras mensuales. De acuerdo con esto, podrá solicitar reembolsos a partir del primer día del mes posterior a las tres cotizaciones ya aportadas. Además, en el caso de los cónyuges, se solicitará como requisito las ultimas doce cotizaciones de AFP y/o histórico de AFP que detalle periodos, o certificado de afiliación de la Superintendencia de Pensiones, al objeto de evaluar su incorporación como beneficiaria, considerando que, la calidad de beneficiario (a) se pierde al estar cotizando, independiente de la calidad de carga de la Caja de Compensación o si paga voluntariamente cotizaciones.
Por otra parte, en el caso de los nietos (as) cargas, el área social será la encargada de emitir un informe social, de acuerdo con los antecedentes que se soliciten y proporcionen. De esta manera solo se podrá validar como beneficiario, si el hijo/a del socio/a, padre/madre del menor, está vigente como carga legal en la Caja de Compensación y cumple con los criterios de causante que exige la Caja de Compensación.
Por consiguiente, el Fondo de Ayuda médica está capacitado para solicitar información quesea necesaria para evaluar a sus beneficiarios, de no enviar la información solicitada, se procederá a dejar inactiva la carga, independiente si es carga legal autorizada en la Caja de Compensación.

ARTICULO 6º: Una vez aceptada la incorporación como beneficiario del Fondo Ayuda Médica 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 o si existiera alguna anormalidad, según las causales determinadas en el artículo 5.

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, 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 afectos 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 base 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 base, 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 haceel 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:

- El Directorio de la Corporación de Bienestar
- 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 integrad de la siguiente manera

a) Por un representante de la Corporación de Bienestar.
b) Por un representante del Sindicato Nacional de los trabajadores de la Empresa, designado por su Directorio, y
c) Por un representante del Sindicato Nº2 de los trabajadores de la empresa, designado por su Directorio.

ARTICULO 15º: Los integrantes del Directorio de la Corporación y de la Comisión Administradora durarán 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 Nº7.
c) Revisar anualmente la modalidad de cobertura y los topes establecidos en el artículo Nº20 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.º 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 la modalidad de cobertura y los topes correspondientes a los ítems establecidos en el artículo Nº11, 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 ameriten 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 bonificación o ayuda 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, según artículo 5, en total. Para acceder a estas bonificaciones médicas, el afiliado deberá estar al día en sus aportes.

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

b) Se reembolsará a cónyuges no cargas gastos derivados por atención médica de parto normal, cesárea y aborto no provocado. Así también se bonificará según tabla a cónyugesno cargas prestaciones por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas con un tope de hasta UF 30 anual.

c) Al funcionario desvinculado de acuerdo con lo descrito en el artículo 7 a) se le otorgará un tope máximo de bonificación por grupo familiar, por ese periodo de UF12,5.

d) Se mantendrá como beneficiario a aquel hijo que ha egresado de Enseñanza Media, y que al año siguiente sigue sus estudios preuniversitarios, con previo certificado que lo acredite, por el periodo de enero a abril del año siguiente, considerando que el estatus de alumno regular es válido hasta marzo.

e) Se mantendrán como beneficiarios cónyuges y nietos según lo indicado en el artículo 5°.

Modalidad de coberturas

(Tope anual por grupo familiar UF 150)

Cobertura Final Previsión de Salud en relación con el gasto total (%)	Reembolso FAM (%)
0% a 49% de cobertura	Se bonificará al 50%
50% a 69% de cobertura	Se bonificará al 70%
70% y más	Se bonificará al 90%

Los socios (as) que utilicen de mejor manera su prestador de salud, es decir, el que utilice el prestador con mayor cobertura será más beneficiado.

*Se excluyen de esta modalidad de cobertura los Medicamentos, Control preventivo en hombres y mujeres, Urgencias Odontológica, Bono Consulta y Examen FONASA, Bono PAD, GES y CAEC.

TOPES DE MODALIDAD DE COBERTURA

(Tope anual por grupo familiar UF 150)

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
PRESTACIONES AMBULATORIAS	Consulta Médica	Tope UF 1	Bono nominativo o Reembolso Isapre y boleta. ***De ser necesario el FAM está autorizado de solicitar más antecedentes como detalles de prestación**
	Consulta de Urgencia	Tope UF 1,5	
	Exámenes	Sin tope	Bono, Boleta y Copia de orden de exámenes
	Medicamentos	73% con tope anual de UF 30 por grupo familiar	Boleta y Receta ***Las recetas deben consignar: Nombre del paciente, fecha, dosis, duración, nombre del médico y firma. Las dosis de medicamentos a permanencias se bonifican mes a mes.**
	Productos naturales*	Tope de UF 5	
	Vitaminas* (Se incluye en este ítem antioxidantes y micronutrientes)	Tope de UF 5	
	Inyecciones, curaciones	Sin tope	
	Dadores de Sangre *	Tope anual de UF 15	Boleta y Orden Médica

PRESTACIONES HOSPITALARIAS	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
	Día cama normal	Tope UF 3 por día	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si corresponde.
	Día cama UCI y UTI	Tope UF 4,5 por día	
	Honorarios médicos	Sin tope	
	Servicios Hospitalarios (Incluye Pabellón, exámenes, materiales, insumos, medicamentos, etc. Utilizados durante la intervención)	Sin tope	
	*En Hospitalizaciones se podrá solicitar Protocolo Quirúrgico, el cual detalla información de salud como: peso, estatura, intervenciones quirúrgicas anteriores, enfermedades, entre otros. Se recuerda que el Fondo de Ayuda Médica está autorizado para solicitar información adicional si así lo amerita.		
	CÓNYUGES CARGAS Y FUNCIONARIAS		
	Parto Normal	Tope anual UF 30	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si corresponde.
	Cesárea	Tope anual UF 45	
	Aborto no provocado	Tope anual UF 10	
	Otros hospitalarios *Son aquellas prestaciones que no tienen cobertura de Isapre o Fonasa.	Sin tope	

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
CIRUGÍAS	Cirugía menor	Sin tope	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si cuenta con ello.
	Cirugía refractiva LASIK	Tope anual de UF 20 (considerando ambas intervenciones).	
	Cirugía Obesidad: Tope anual UF 20* IMPORTANTE: No se bonificará segunda operación de un mismo socio/as beneficiario/a	Día cama con tope UF 3 por día. Día Cama UCI y UTI con tope de UF 4,5 por día. Honorarios médicos sin tope. Servicios hospitalarios sin tope. Otros Hospitalarios*. Sin Tope. UF 20	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si cuenta con ello, epicrisis, protocolo quirúrgico. *** Se debe enviar Protocolo quirúrgico que detalla información de salud como:** **-Peso** **-Estatura** **-Intervenciones quirúrgicas anteriores** **-Enfermedades, entre otros.**
	*Bono PAD por cirugía de Obesidad.	UF 20	

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
AMBULANCIA	Ambulancia	Tope anual de UF 2 por beneficiario	Certificado Médico, boleta y bono.
	Ambulancia Interurbana (Entre ciudades)	Tope anual de UF 20	

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
TRATAMIENTOS	Kinesiterapia	Tope anual UF 25 por beneficiario	Para el caso de atenciones particulares, debe adjuntar: **Boleta, bono y derivación médica o certificado de profesional tratante** que consigne: nombre del beneficiario, fecha, n° sesiones y duración del tratamiento.
	Psicoterapia	Tope anual UF 25 por beneficiario	
	Fonoaudiología	Tope anual de UF 10 por beneficiario	
	Terapia ocupacional	Tope anual de UF 10 por beneficiario	
	Nutricionista *	Tope anual UF 5 por beneficiario	
	Psicopedagogo *	Tope anual de UF 10 por beneficiario	
	Acupuntura *	Tope anual de UF 5 por beneficiario	
	Tratamiento Hormona de Crecimiento	Sin tope	
	Inmunoterapia *	Tope anual de UF 5	
	Tratamiento de Infertilidad	Tope anual de UF 100 (Inseminación artificial, fecundación in vitro, ovo donación).	

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
MEDICINA PREVENTIVA	Medicina Preventiva del Infante: Desde recién nacido hasta 15 años.	Tope anual de UF 3	Orden médica, boletas. ***En boleta debe consignar nombre de vacuna, de no tener, enviar detalle que consigne valores.**
	Se consideran las vacunas/ antígenos no asociados a los programas de vacunación definidos por el Directorio y el Ministerio de Salud.		
	Control maternal por matrona	Sin tope	Orden médica, bonos o boletas.
	*Medicina Preventiva Mujeres **Control Ginecológico.** Incluye Papanicolaou mamografía y ecotomografía ginecológica, densitometría ósea, exámenes de laboratorio: HVP, perfiles lipídicos, hormonales y tiroideos.	100% sin tope anual. Para consulta y exámenes que hayan tenido cobertura por Fonasa o Isapre.	Orden médica, bonos y boletas. ***Orden médica debe consignar control Ginecológico/ Control Urológico por médico tratante. De no estar consignado se liquidará normal.**
	*Medicina Preventiva Hombres **Control Urológico.** Incluye, Antígeno prostático, Ecotomografía prostática, perfiles lipídicos, perfiles bioquímicos, y HVP.	100% sin tope anual. Para consulta y exámenes que hayan tenido cobertura por Isapre o Fonasa.	

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
PRÓTESIS Y ÓRTESIS	Cristales ópticos, marcos	Tope anual de UF 3 por beneficiario	Orden médica (debe indicar lente óptico o contacto), bonos y/o boletas, detalle de la compra. ***Beneficiarios Fonasa: Debe realizar bonificación en Fonasa y enviar el programa que consigne reembolso (mayores 55 años)**.
	*No se bonificarán lentes de sol ópticos		
	Lentes de contacto	Tope anual de UF 4 por beneficiario	
	Ortesis y Prótesis en general Se incluirá en este ítem lentes de contacto exclusivamente para la enfermedad de Queratocono.	Tope anual de UF 20 (todas aquellas que tienen codificación por Fonasa)	Orden médica, bono, boleta con detalle. ***Las Órtesis y prótesis, que no cuenten con cobertura en su prestador de salud, NO tendrán cobertura por el FAM**
	Prótesis y Ortesis de alta complejidad: Por intervención quirúrgica cardiológica, de caderas, trasplantes.	Tope anual de UF 40 anual. Se evaluará caso a caso.	
	Plantillas*	Tope UF 1 por beneficiario anual.	Orden Médica, bono, boleta con detalle.
	Catre clínico, colchón anti-escaras, silla de ruedas	Tope anual de UF 3.	Orden Médica, bono, boleta con detalle.

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
GES	Prestaciones médicas, ambulatorias y hospitalarias a través de Bono GES.	Bonificación del deducible al 100% con tope anual de UF 122.	**Prestaciones Hospitalarias:** Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si cuenta con ello.
			Prestaciones Ambulatorias: Orden médica que indique dosis/sesiones, conformación diagnostica, bono, boleta.
CAEC	Hospitalizaciones en donde se active Seguro Catastrófico (Bono CAEC).	Bonificación del deducible al 100% con tope anual de UF 126.	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si cuenta con ello.

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
FONASA	Bonos Fonasa de Consultas Médicas y Exámenes.	100% sin tope	Bono nominativo 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. Se excluye bono PAD por cirugía de Obesidad.	100% sin tope	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, confirmación prestación PAD, liquidación de seguros, si cuenta con ello y epicrisis.

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
URGENCIA ODONTOLOGICA	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 anual de UF 5.	Detalle de la urgencia, copago final, bonos, liquidación de seguros si cuenta con ello.

	PRESTACION	TOPE	DOCUMENTOS ANEXAR
OTROS	Planificación Familiar: Solo para funcionarias y cónyuges cargas legales. En este ítem se incluye: anovulatorios, anticonceptivos, dispositivos.	Tope anual de UF 3	Receta médica, boleta, bono si corresponde
	Leches sustitutas: Desde 0 hasta 2 años.	Tope anual de UF 15	Informe Médico, Receta y boleta
	Sólo por patología Alergia a la Proteína de la vaca.		
OTROS	**PRESTACION**	**TOPE**	**DOCUMENTOS ANEXAR**
	REHABILITACION INTEGRAL*	Tope anual de UF 50 anual	**Contar con el Registro de Discapacidad, orden médica, bonos y boletas**
	Se consideran situaciones de mayor complejidad, tales como:		
	Trastornos del desarrollo beneficiarios inscritos en el Registro Nacional de Discapacitados, 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.		

Cobertura especial para cónyuges NO cargas

	PRESTACIÓN	COBERTURA	
CÓNYUGE NO CARGA	Parto Normal	Tope UF 25	
	Cesárea	Tope UF 30	
	Aborto no provocado	Tope UF 10	
	Dia cama normal	Tope UF 3 por día	
	Dia cama UCI y UTI	Tope UF 4,5 por día	
	Honorarios médicos	Sin tope	
	Servicios Hospitalarios	Sin tope	
	Otros Hospitalarios* son aquellas prestaciones que no tienen cobertura de Isapre o Fonasa.	Sin tope	
	Cirugía Obesidad *IMPORTANTE: No se bonificará segunda operación de un mismo socio/as beneficiario/a	Día cama UCI y UTI con tope UF 4,5 por día.	**Tope anual de UF 20**
		Día Cama tope UF 3 por día	Bonos, boleta o factura con copago final, detalle de la cuenta, liquidación de seguros, si cuenta con ello, epicrisis, protocolo quirúrgico. * Se debe enviar Protocolo Quirúrgico que detalla información de salud como: peso, estatura, intervenciones quirúrgicas anteriores, enfermedades, entre otros.
		Servicio Hospitalario sin tope	
		Honorario Médico sin tope	
		Otros Hospitalarios Sin tope	
Cobertura Anual para Cónyuge no Carga: UF 30			

*Paralas prestaciones hospitalarias para cónyuges No cargas debe adjuntar detalle de la cuenta, Epicrisis, Protocolo Quirúrgico, copago final, bonos, boletas, facturas, liquidación de seguros, si cuenta con ello.

*****Cabe señalar que, se podrá solicitar protocolo quirúrgico, el cual detalla información de salud como: peso, estatura, intervenciones quirúrgicas anteriores, enfermedades, entre otros. Se recuerda que el Fondo de Ayuda Médica está autorizado para solicitar información adicional si así lo amerita.

- En caso de que la entidad de salud previsional no bonifique una prestación médica sea ésta ambulatoria u hospitalaria, el FAM evaluará en detalle la documentación presentada y en caso de que lo amerite, se reembolsará un 50% del gasto total en que se incurra, hasta los límites o topes definidos 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 los parámetros de la media.

- Quedará sujeta a evaluación, toda hospitalización-cirugía-intervención que contemple adicionalmente una acción estética, aun cuando existan prestaciones codificadas y bonificadas por su entidad previsional.

- En el caso de intervenciones quirúrgicas que apunten a la baja de peso, independiente de su diagnóstico de base, serán evaluadas siempre y cuando tenga cobertura por Fonasa o Isapre. Además de presentar la documentación requerida en una cuenta hospitalaria, deberáadjuntar "Protocolo" emitido por la entidad de salud donde se llevó a cabo la cirugía, donde especifique los siguientes antecedentes de salud como: peso, talla, patologías de base, diagnóstico(s) de ingreso, intervenciones quirúrgicas anteriores, etc.

  Está dentro de las atribuciones solicitar certificaciones, exámenes y otros protocolos adicionales.

  En caso de que corresponda, se bonificará de acuerdo con la modalidad de cobertura y sus topes contemplados para cada prestación.

- Se bonificará esterilizaciones en ambos sexos, de acuerdo con cobertura de gastos hospitalarios, solo para funcionarios/as y cónyuges.

- Si los antecedentes clínicos lo ameritan, previa evaluación, se bonificarán tratamientos por disfunción eréctil.

- Por diagnóstico de Alopecia, se excluyen los tratamientos de tipo estético como: implantes de pelo, ampollas revitalizantes, champús especial.

- En el caso de productos considerados para tratamiento de diabetes/obesidad, se debe proporcionar antecedentes clínicos como: informes médicos y resultado de exámenes para que la Comisión del Fondo de Ayuda Médica evalúe su cobertura.

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) 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.

d) Accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales cubiertas por la ley 16.744.

e) Atenciones, tratamientos, procedimientos de cirugía plástica o reconstructiva, incluidos entre éstos el trasplante de pelo, reducción de peso, reducción o implantes mamarios. Se exceptúa la cirugía plástica, que sea necesaria como consecuencia de un accidente.

f) Gastos por concepto de alimentación suplementaria.

g) Vacunas**.** Se exceptúan los programas definidos por el Directorio, Vacunas complementarias no incluidas en Programa de Inmunización del Ministerio de Salud, de 0 a 15 años.

h) Productos recetados por médicos, tales como: protectores o filtros solares, emolientes y protectores, anorexígenos, adelgazantes, inhibidores del apetito, reductores o quemadores de grasas, los definidos como modificadores del metabolismo, anticelulíticos, los definidos como dermocosméticos, 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 .

i) Tratamientos dentales. Se cancelará solo medicamentos antiinflamatorios, antibióticos y analgésicos. Cirujano dentista debe emitir una orden o receta médica con detalle de la prestación y productos recetados, que consigne nombre del paciente, fecha y timbre.

j) No serán bonificables en la hospitalización o intervención quirúrgica: brazaletes de identificación, termómetros clínicos, pañales, servicio de mamaderas, fajas post parto, cuadros clínicos, peluquería, avisos de publicidad, servicios de alimentación u otro gasto de naturaleza no médica.

k) 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 con diagnóstico.

l) Arriendo de equipos para uso ambulatorio, que no sean de riesgo vital.

m) Accesorios médicos, equipos de medición, como tampoco aparatos ortopédicos, salvo los bastones.

n) Gastos por concepto de Planificación Familiar-Control de Natalidad, sin cobertura para hijas/os cargas. En caso de hijas cargas, se excluye, 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 aplicado con posterioridad a la Cirugía por Obesidad, tanto como una segunda operación quirúrgica, procedimientos que tengan el carácter de estético, tales como abdominoplastia, masajes reductivos 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 a través del sitio web www.bienestarscotiabank.cl y/o de la aplicación web, ingresando al portal con Rut y clave. Los documentos deben ser originales, enteros, legibles, sin intervención y con toda la información necesaria para invocar el reembolso. Deben adjuntarse en los distintos formatos informados en página web. No se recibirán documentos manuales, por tanto, el funcionario/a es el responsable de invocar reembolsos en los plazos establecidos según el artículo 23.

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

ARTICULO 24º: El Fondo bonificará a través de la web en forma bisemanal Hospitalizaciones y Medicamentos, el miércoles se cancelarán las solicitudes recibidas los 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. En el caso de atenciones médicas, tratamientos, otras atenciones y más beneficios se reembolsará en días hábiles, todo lo recepcionado lunes y martes, se abona el jueves de la misma semana; miércoles y jueves se abona el lunes de la semana siguiente y viernes sábado y domingo se abona el miércoles de la semana siguiente. Dichas fechas pueden variar de existir día feriados en el proceso de reembolsos, situación que será informada a través de la página web. Así también, se podrán reformular los días de abono, lo cual será informado a través de nuestros canales de comunicación.

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 con las fechas de presentación de las solicitudes.

CAPITULO OCTAVO: REGIMEN DE DOBLE CONCURRENCIA DE COBERTURA DEGASTOS

- 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.

- 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. Esto debe ser transparentado por el funcionario a la hora de generar el reembolso.

- 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 cualquier otra entidad que le otorgue bonificación (compañía de seguro, mutual, caja de compensación o cualquiera institución que contemple bonificación de prestaciones médicas) y en última instancia a este Fondo Médico. Para hacer efectiva su solicitud debe remitir copias de bonos, detalle de los gastos, boletas o facturas y la liquidación de reembolso original otorgada por su otro seguro médico.

- Pago con Excedentes: 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 causade error, como incumplimiento grave al Reglamento del Fondo Ayuda Médica.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que se señalan precedentemente 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 solicitar bonificación, se debe realizar a través de la página web

www.bienestarscotiabank.cl o a través de la aplicación móvil. Se debe ingresar al portal con Rut y clave que por defecto está definida, de no contar con clave se podrá solicitar en el correo de informaciones de la Corporación.

b) Para la bonificación de tratamientos, se debe adjuntar interconsulta o derivación médica. Profesional tratante debe indicar número de sesiones y tiempo aproximado de tratamiento.

c) Los tratamientos, medicamentos y otras atenciones indicadas a permanencia por profesional médico tendrán vigencia por 1 año, salvo se indique otra duración. Podrán ser renovadas, presentando nueva documentación actualizada. Los tratamientos como Fonoaudiología, Kinesioterapia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Nutricionista, Psicopedagogo deben ser indicados por profesional médico.

d) No se devolverá ni se facilitará en calidad de préstamo ningún documento de respaldo de las solicitudes de reembolso ya canceladas.

e) 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.

f) Las solicitudes de reembolso por gastos de farmacia deben ser acompañadas de la siguiente documentación:

- ✓ Receta médica original, extendida a nombre del paciente, debe consignar además fecha, nombre de medicamento, dosis y tiempo.
- ✓ 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 adjuntar fotocopia de receta con timbre de certificación de retención de la farmacia.
- ✓ Los medicamentos que sean a permanencia se pagarán las dosis mes a mes, las recetas a permanencia se ingresan por el periodo definido por médico tratante, con una duración máxima de un año en el Fondo Médico. En los convenios de Farmacia, recetas a permanencia tienen una duración máxima de 6 meses.

g) Reembolso por cristales ópticos, marcos, lentes de contacto y plantillas ortopédicas:

- ✓ Orden medica de lentes que detalle si son lentes ópticos o de contacto.
- ✓ Bono nominativo o bono Isapre que consigne reembolso de Isapre, en el caso que no exista bonificación por la entidad prestadora, se debe adjuntar rechazo emitido por la entidad previsional.
- ✓ La boleta debe consignar el nombre del paciente y el detalle de la compra, de no tener debe enviar documento que lo consigne; en su defecto el bono de la Isapre con el código respectivo.
- ✓ En el caso de Fonasa del tramo B, C y D, de existir bonificación de Lentes ópticos a pacientes mayores de 55 años debe adjuntar además programa que detalle la prestación y boleta.

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 Médica no aceptará el reingreso de solicitudes ya rechazadas por tope, en distinto año calendario.

k) 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 explicite 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, epicrisis, protocolo y liquidación de bonificación original de la Cía. de Seguros o Servicio de Bienestar.

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 ArtículoNº1 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 con 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.

ARTICULO 29°: En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del Fondo de Ayuda Médica (FAM) en comparación a las condiciones existentes, la Corporación evaluará nuevas condiciones de cobertura, topes y aporte mensual.

Algunos aspectos por considerar en la modificación son:

a) Disminución de los planes de salud de los socios (as).
b) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura del FAM con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.

c) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en el FAM.

Este Reglamento tiene vigencia a contar del 01 de marzo 2022