

## **CIRCULAR N°001/2020**

Fecha 1° de enero de 2020.

Señores (as):

Sub-Gerentes, Fiscal, Jefes de Áreas, Jefes de Unidades, Jefe de Centro Médico, Coordinaciones Regionales y Administrativas, Funcionarios.

De mi consideración:

Según lo acordado por el Consejo de Administración de la Fundación Asistencial Trabajadores del Banco del Estado de Chile, en su Sesión N°7 Ordinaria de fecha 7 de agosto de 2019 sobre nuevas condiciones de acceso y procedimientos con que operará el Sistema de Ayudas Complementarias, a contar del 1° de enero de 2020, se deroga la Circular N°005 de 12 de septiembre de 2016 y se fija el nuevo texto refundido y actualizado del referido Reglamento

**MATERIA: DEROGA CIRCULAR N°005 DE 12/09/16 Y FIJA TEXTO REFUNDIDO Y ACTUALIZADO A ESTA FECHA DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE AYUDAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD.**

### ***Título I: Consideraciones Generales.***

**Artículo 1°.-** *El Banco del Estado, el Sindicato de Trabajadores, el Servicio de Bienestar, y las Fundaciones de Salud y Asistencial Trabajadores del Banco del Estado, en cumplimiento de lo establecido en el convenio colectivo del 29 de enero de 1999, que modificó el contrato colectivo y sus anexos vigentes, suscribieron un Acuerdo con fecha 26 de febrero de 1999, que creó el Sistema de Ayudas Complementarias de Salud, señalando en su numeral 4 que la administración corresponderá a la Fundación Asistencial antes mencionada y que los aportes comprometidos se efectuarán al Servicio de Bienestar, denominándolos el Fondo de Aportes.*

**Artículo 2°.-** *En conformidad a los estatutos de la Fundación Asistencial Trabajadores del Banco del Estado, en adelante “La Fundación Asistencial”, ésta se encuentra facultada para desarrollar acciones tendientes al bienestar de sus beneficiarios, especialmente, a velar por una vida digna para aquellos beneficiarios*

*que, en consideración a su estado o edad, se encuentran limitados en su capacidad laboral: para desarrollar las acciones destinadas a proteger a sus beneficiarios de los riesgos derivados de la edad, invalidez o fallecimiento, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y, en general, a satisfacer sus necesidades en materia de bienestar y seguridad social. Para este efecto, podrá promover, asociarse y efectuar aportes o donaciones con la finalidad de crear, constituir, participar o adquirir sistemas o entidades de seguros previsionales, mutuales o de otra naturaleza, destinados a servir preferentemente los fines anteriormente señalados.*

*Asimismo, la Fundación Asistencial puede celebrar convenios y contratos que fuesen necesarios con personas naturales o entidades públicas o privadas para mejor consecución de sus finalidades.*

**Artículo 3°.-** *Atendido lo anterior, el Consejo de la Fundación Asistencial viene en dictar el siguiente Reglamento del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud.*

## **Título II: Objetivos y Características del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud.**

**Artículo 4°.-** *El Sistema de Ayudas estará destinado a cubrir, en el mayor porcentaje posible, las diferencias entre el valor de las prestaciones médicas y la bonificación que, respecto de éstas, otorgue la Isapre Fundación, procurando, además que este beneficio cubra fundamentalmente los gastos de hospitalizaciones, maternidad, ambulatorios, gastos derivados de enfermedades catastróficas, etc.*

**Artículo 5°.-** *Las coberturas que otorgará a sus beneficiarios el Sistema de Ayudas serán complementarias a las que tengan derecho el afiliado o beneficiario de la Isapre Fundación. Por consiguiente, la cobertura operará en la parte que corresponda, sólo cuando la prestación haya sido bonificada previa y parcialmente por la mencionada Isapre, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 9° siguiente.*

*Para efectos del presente Reglamento, los planes de salud de la Isapre Fundación a que se encuentren suscritos los beneficiarios del Sistema de Ayudas, forman parte integrante de la cobertura que éste contempla y han sido condición esencial en la determinación de coberturas y costos de los beneficios que financia. Por lo tanto, la modificación de dichos planes de salud podrá implicar un cambio en las condiciones de coberturas, en conformidad a lo indicado en el artículo 4°.*

**Artículo 6°.-** *Para efectos de la determinación de los topes por prestaciones, deducibles, períodos de espera, incorporación de nuevos beneficiarios y monto máximo de cobertura por beneficiario, el Sistema de Ayudas podrá establecer períodos anuales de vigencia.*

**Artículo 7°.-** *En los cuadros de coberturas se consignará el monto de los deducibles que, en cada caso, sean aplicables y el monto máximo de reembolso, lo cual podrá estar restringido a uno o más beneficios.*

*De esta forma, se establecerá en el cuadro de coberturas del Título VIII, si un determinado deducible o, en su caso, un monto máximo de reembolso comenzará a ser aplicado a contar del inicio de vigencia de la presente normativa, o bien desde el siguiente periodo de vigencia o, por último, si dicho monto máximo de reembolso o deducible comenzará a regir al inicio de cada año calendario. Se entiende por inicio de vigencia, el primer día del primer periodo anual de vigencia de esta normativa; por siguiente periodo, lapso de vigencia inmediatamente siguiente al antes indicado y por inicio de año calendario, el primero de enero de cada año. Todo lo anterior consta en los cuadros de coberturas contemplados en el Título VIII o los que los reemplace o sustituyan.*

**Artículo 8°.-** *Corresponderá al Sistema de Ayudas Complementarias de Salud, que será administrado por la Fundación Asistencial, el financiamiento de las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios de acuerdo con las coberturas de gastos médicos, hospitalarios, dentales y catastróficos que se especifican en el Título VIII de este Reglamento. Las coberturas se aplicarán sobre la diferencia entre el valor real de la prestación para el beneficiario y la bonificación que le otorgue la Isapre Fundación, conforme a su plan de salud.*

**Artículo 9°.-** *En el evento que ciertas prestaciones contempladas en el plan de salud contratado con la Isapre sufran restricciones por agotamientos del límite máximo de cobertura o por aplicación de una carencia parcial, el Sistema de Ayudas bonificará sólo una proporción del valor de las referidas prestaciones de manera de mantener las mismas coberturas que el Sistema proporcionaría si dichas restricciones no hubieran operado.*

### **Título III: Financiamiento del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud.**

**Artículo 10°.-** *El Sistema de Ayudas Complementarias de Salud se financiará con el Fondo de Aportes y el Fondo Especial, ambos del Servicio de Bienestar.*

*El Fondo de Aportes se conformará con las contribuciones que realicen el Banco del Estado de Chile y los afiliados del Sistema de Ayuda. También, se integrará con los aportes en dinero o en especies que entidades públicas o privadas hagan para el cumplimiento de las finalidades de dicho Sistema y, eventualmente, con los recursos que deba entregar indistintamente las Fundaciones de Salud y/ o Asistencial*

*Trabajadores del Banco del Estado de Chile en las condiciones que se norman en este instrumento.*

**Artículo 11°.-** *El Fondo Especial se conforma con los recursos que perciba o haya percibido el Servicio de Bienestar de la compañía adjudicataria del seguro complementario de salud y enfermedades catastróficas, que estuviere vigente en los períodos anteriores a la entrada en vigor del Sistema de Ayudas, ya sea por aplicación de la cláusula de devolución por experiencia favorable, de la rebaja de prima o por cualquier otra causa. Asimismo, integrarán el Fondo Especial los excedentes que se originen en la gestión del mencionado Sistema.*

*Los recursos de este Fondo Especial se destinarán por el Servicio de Bienestar al financiamiento del aporte que deba efectuar indistintamente las Fundaciones de Salud y/o Asistencial al Sistema de Ayudas, mediante el enterero de las sumas que resultaren necesarias cada vez que el Fondo de Aportes no fuere suficiente para financiar el Sistema de Ayudas en el mes que corresponda. Esta contribución la efectuará el Servicio de Bienestar por cuenta de la Fundación de Salud y/o Fundación Asistencial indistintamente y hasta la extinción de tales recursos.*

**Artículo 12°.-** *El Servicio de Bienestar del Banco de Estado de Chile recaudará las contribuciones del Fondo de Aportes y deberá entregarlas mensualmente a la Fundación Asistencial, de manera que las prestaciones de un mes se financiarán con los aportes devengados en el mes anterior.*

*Las contribuciones del Fondo de Aportes serán las siguientes:*

- a) Los aportes del Banco del Estado de Chile ascenderán, mensualmente, a la duodécima parte de la suma máxima de 30.000 UF, es decir 2.500 UF mensuales.*
- b) Los trabajadores del Banco del Estado de Chile que se incorporen al Sistema de Ayudas, fueren o no beneficiarios del seguro complementario de salud contratado con anterioridad, aportarán mensualmente, a contar del 1° de octubre de 2012, por ellos y sus cargas familiares, el uno coma 38 por ciento (1,38 %) de su remuneración, con un mínimo de U. F. 0.30 y U. F. 0.93 como máximo.*
- c) Los (o las) cónyuges cotizantes de los trabajadores que hayan o no estado incorporados al Seguro Complementario de Salud, aportarán mensualmente la suma que determine el Administrador Gerente de la Fundación Asistencial, que no podrá ser inferior a 0.4 U. F. ni superiores a 0.8 U. F.*

d) *Las cargas médicas de los beneficiarios indicados, en la letra b) anterior, que hayan sido incorporados en la Isapre Fundación, aportarán la suma mensual que determine el Administrador Gerente de la Fundación Asistencial que no podrá ser inferior a 0.4 U. F. ni superior a 0.8 U.F.*

**Artículo 13°.** *La Fundación Asistencial podrá reservar parte de los aportes que reciba en un mes para destinarlos al financiamiento de los gastos por enfermedades catastróficas en la forma y modalidad que definen las normas técnicas del presente reglamento. El Consejo de Administración de la Fundación Asistencial podrá resolver contratar un seguro para cubrir total o parcialmente los gastos referidos a este tipo de enfermedades, en el monto que exceda de la suma que haya previamente definido para el respectivo periodo.*

**Artículo 14°.-** *En el caso de que los recursos provenientes del Fondo de Aportes Especial antes indicados fueran insuficientes para financiar las prestaciones que debe otorgar a sus beneficiarios el Sistema de Ayudas Complementarias de Salud de acuerdo al presente Reglamento, las Fundaciones de Salud y/o Asistencial Trabajadores del Banco del Estado de Chile deberán realizar el aporte que sea necesario para cubrir la respectiva diferencia, de acuerdo a lo señalado en el título XI de esta instrumento.*

**Artículo 15°.** *- El pago de las contribuciones que corresponda enterar al Servicio de Bienestar, sea por concepto del Fondo de Aportes o Fondo Especial, deberá efectuarse en forma anticipada, a más tardar el día 5 del mes del otorgamiento de los respectivos beneficios que financia.*

*El Servicio de Bienestar comunicará por escrito a la Isapre Fundación las exclusiones de beneficiarios del Sistema, en razón de haberse extinguido la relación laboral con el Banco. La Isapre, a su vez, informará de ello a la Fundación Asistencial, antes del día 25 de cada mes, utilizando los formularios que le proporcionará dicho Servicio.*

**Artículo 16°.-** *Tanto los montos de los beneficios como los aportes, cuando proceda de acuerdo al presente reglamento, se expresarán en Unidades de Fomento y se cancelarán en pesos, de acuerdo al valor de la Unidad de Fomento del último día del mes anterior al pago de los beneficios o a la realización de los aportes.*

#### **Título IV: Devolución de excedentes al Servicio de Bienestar.**

**Artículo 17°.-** A más tardar un mes antes del término de cada período, que será anual calendario, se procederá a revisar el resultado de la cuenta. Si los gastos por siniestros incurridos superan el 90% de los aportes contemplados en el artículo 12 anterior, considerando las proyecciones del caso, se podrá modificar los beneficios o los aportes de los beneficiarios, esto último con sujeción a lo dispuesto en el antes referido convenio del 29 de enero de 1999, para conseguir que el Sistema de Ayudas, en el siguiente período, otorgue las prestaciones en condiciones que permitan que la relación entre dichos gastos y aportes no exceda del 90%. Igual al procedimiento de parámetros de revisión, se podrá utilizar al momento en que la Isapre Fundación modifique los planes de salud.

**Artículo 18°.-** Transcurridos 130 días desde el término del período de vigencia que corresponda la Fundación Asistencial entregará al Servicio de Bienestar los excedentes del ejercicio que resulte de aplicar la fórmula que sigue, los que deberán ser aportados, a su vez, por este Servicio, a Isapre Fundación.

La fórmula es la siguiente:

100% (A-S-GA-SA)

**A:** El total de los aportes ingresados al Fondo de Aportes señalados en el artículo 12 precedente, expresados en U. F. en el respectivo período de cobertura.

**S:** Siniestros incurridos y pagados durante el período respectivo.

**GA:** Gastos de Administración equivalente al 10% de A

**SA:** Saldo negativo de ejercicios anteriores cubierto por la Isapre Fundación.

Para efectos de establecer los componentes de esta fórmula y proceder al cálculo respectivo, las cifras deberán expresarse en Unidades de Fomento, conforme a su valor presente.

#### **Título V: Administración del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud.**

**Artículo 19°.-** El Sistema de Ayudas Complementarias de Salud será administrado por la Fundación Asistencial, en conformidad al presente Reglamento y a las normas orgánicas contenidas en sus estatutos.

*La Fundación Asistencial deberá proporcionar al Servicio de Bienestar información periódica sobre la gestión del Sistema de Ayudas, mediante la entrega de antecedentes que permitan un adecuado análisis y coordinación respecto al funcionamiento del referido Sistema, entre los cuales deben figurar, informes descriptivos de la utilización de éste, separados por coberturas, actas del Comité Técnico de Reclamos, sin perjuicio de las auditorías.*

### **Título VI: Beneficiarios.**

**Artículo 20°.-** *Serán beneficiarios del Sistema de Ayudas las personas que se indican a continuación y, que a la fecha de su ingreso al Sistema, sean menores de 65 años de edad. Sin perjuicio de lo anterior, a los beneficiarios que hayan estado protegidos por el seguro vigente en el período inmediatamente precedente, no se les exigirá el requisito de edad máxima para incorporarse al Sistema.*

*1° El trabajador del Banco del Estado de Chile, con contrato indefinido, que se encuentre afiliado a la Isapre Fundación con cobertura vigente.*

*2° Las cargas legales o médicas del beneficiario indicado en el número 1 anterior, que se hayan declarado en el contrato de salud respectivo con cobertura vigente.*

*3° La cónyuge del beneficiario indicado en el número 1 anterior, que no cumpla las condiciones para ser carga legal y que se encuentre afiliada a la Isapre Fundación en calidad de cónyuge cotizante con cobertura vigente.*

*4° El cónyuge de la beneficiaria indicada en el número 1 anterior, que no cumpla las condiciones para ser carga legal y que se encuentre afiliado a la Isapre Fundación en calidad de cónyuge cotizante con cobertura vigente.*

*Para que puedan acceder a las prestaciones del Sistema, los beneficiarios deberán encontrarse al día en el pago de la contribución que se les haya fijado. Los aportes que corresponda efectuar a los beneficiarios señalados, incluso aquellos que sean de cargo del cónyuge cotizante o de la carga médica que se incorpora al Sistema, se deducirán mensualmente de las remuneraciones que perciba el trabajador del Banco, previa la autorización pertinente.*

**Artículo 21°.-** *Los beneficiarios que tengan las calidades indicadas en el artículo precedente al 28 de febrero de 1999 y que se incorporan automáticamente a este Sistema, quedarán cubiertos sin nuevas restricciones en cuanto al límite de edad y nuevas preexistencias que pudieran haber tenido a la fecha recién indicada, respecto a los beneficios por gastos médicos, hospitalarios, dentales y por enfermedades catastróficas, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34, letra f) siguiente.*

*Las personas que se incorporen a contar del 1° de abril de 1999, al afiliarse al Sistema deberán declarar cualquier enfermedad diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura. La Fundación Asistencial deberá evaluar dicha declaración y, según el caso, dejar sin cobertura las prestaciones destinadas a tratar tales enfermedades. Excepcionalmente, el Administrador Gerente de la Fundación Asistencial, previo informe del Comité Técnico de Reclamos establecido en el artículo 36, podrá establecer límites máximos de cobertura para este tipo de enfermedades.*

**Artículo 22°.-** *En todo caso, para ser beneficiario del Sistema de Ayudas, los trabajadores del Banco del Estado de Chile deberán estar desempeñando las funciones propias de sus cargos o aquéllas que hayan sido encomendadas.*

**Artículo 23°.-** *Será condición esencial para ser beneficiario del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud y su manutención en el mismo, el haber suscrito un contrato de salud previsional con la Isapre Fundación o haber sido declarado carga médica o legal y, en ambos casos, tener cobertura vigente, de manera tal que si no tiene dichas calidades o se extinguen por cualquier causa, no tendrá derecho a acceder a los beneficios del referido Sistema o los perderá, según el caso.*

### **Título VII: Procedimiento de Ingreso al Sistema y Vigencia.**

**Artículo 24°.-** *Los interesados presentarán por escrito su solicitud de ingreso al Sistema y, si fuere procedente, efectuarán una declaración de salud, sin perjuicio de lo expresado en el artículo 21 de este Reglamento.*

**Artículo 25°.-** *El beneficiario tendrá cobertura en el Sistema a partir del primer día del mes subsiguiente de la aceptación de la respectiva solicitud de incorporación por parte de la Fundación Asistencial. El recién nacido tendrá cobertura en la misma fecha y condiciones en que la Isapre Fundación le otorgue beneficios.*



**Artículo 26°.-** *Los trabajadores que sean contratados indefinidamente por el Banco del Estado de Chile, deberán solicitar dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la afiliación a la Isapre, su ingreso al Sistema, debiendo declarar en esa oportunidad a sus cargas legales y médicas que reúnan las condiciones indicadas en el título anterior. El plazo para solicitar el ingreso de cargas médicas y legales en una fecha posterior a la de la incorporación del titular, será de 90 días contado de la fecha en que sean declaradas como tales en el respectivo contrato de salud. Respecto del cónyuge cotizante, su incorporación debe realizarse dentro del plazo antes indicado, una vez que suscriba directamente el respectivo contrato de salud con la Isapre Fundación. Si las personas antes señaladas no requieren su incorporación en el período respectivo, teniendo las condiciones para ello, deberán esperar el siguiente período de inscripción dispuesto por el Sistema.*

**Artículo 27°.-** *Si se ha recibido la contribución de un beneficiario que no cumple con las condiciones indicadas en el presente título, o las señaladas en el Título VI, no tendrá derecho al pago de ningún siniestro cuya cobertura esté contemplada por la presente normativa, sin perjuicio que el Sistema deba restituir el total de la contribución pagada por el beneficiario al Servicio de Bienestar, para su posterior devolución.*

**Artículo 28°.-** *El Procedimiento operativo relativo a la incorporación de beneficiarios será contemplado en un Manual de Procedimientos.*

### **Título VIII: Beneficios del Sistema de Ayudas Complementarias.**

**Artículo 29°.-** *Cuadro de cobertura de gastos médicos y hospitalarios, a contar del 01 enero de 2020.*

### CUADRO DE COBERTURAS DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Límite de reembolso máximo por Persona anual		UF300								
Deducible:		Por Beneficiario UF1.3								
Período de acumulación deducible		Año Calendario								
	Ítem	%Reembolso								
		Región Metropolitana			Provincias				Tope por Prestación en UF	Tope Máximo Anual en UF
		1 Prestadores Preferentes	2 Prestadores Convenidos	3 Libre Elección	4 Prestadores Preferentes o Convenidos	5 Sin Prestadores Preferentes o Convenidos	6 Libre Elección			
<b>Gastos Ambulatorios</b>										
Consulta General	1	30%	20%	15%	30%	40%	20%	0,9	9	
Consulta Domicilio	2	20%	15%	15%	20%	30%	20%	0,9		
Consulta Oftalmólogo	3	30%	15%	15%	30%	40%	20%	0,9		
Exámenes Laboratorio	4	65%	40%	35%	70%	70%	30%		9	
Exámenes Radiológicos	5	65%	40%	35%	70%	70%	30%		9	
Procedimientos	6	65%	40%	35%	70%	70%	30%		9	
Tratamientos Kinésicos	7	65%	40%	35%	70%	70%	30%		13,5	
Otros Tratamientos	9	65%	40%	35%	70%	70%	30%		13,5	
<b>Salud Mental (Con o Sin Internación en Hosp. o Clínica)</b>										
Psiquiatría Psicología	12-13	30%	20%	15%	30%	40%	20%	0,3	15	
Psicopedagogía	8-11	60%	40%	40%	60%	60%	40%	0,5	15	
<b>Otros Gastos Ambulatorios</b>										
Ambulancia Terrestre	15	60%	40%	35%	60%	60%	35%	10		
<b>Gastos Ópticos</b>										
Gastos Ópticos	17	50%	35%	30%	60%	60%	35%		3	
Prótesis Ortesis Audífonos	19	50%	35%	30%	60%	60%	35%		20	
Plantillas	18	70%	30%	30%	70%	70%	30%		0,30	
Materiales de Yeso	20	70%	30%	30%	70%	70%	30%			
<b>Gastos Hospitalarios</b>										
Día Cama	30	60%	50%	45%	60%	60%	50%	1,35		
Exceso 30 días	30	45%	45%	25%	45%	45%	45%	1,35		
<b>Demás Gastos Hospitalarios</b>										
Día sala cuna	31	60%	50%	40%	60%	60%	40%	13,5	90	
Día Incubadora	32									
Día Recuperación	33									
UTI	34									
Medicamentos Hospitalarios	35									
Materiales Clínicos	36									
Exámenes y Procedimientos	37									
Derecho Pabellón	38									
Exceso tope demás Gastos Hospitalarios		45%	40%	30%	45%	45%	45%	s/ tope		
Honorarios Médicos Quirúrgicos	39	60%	45%	30%	60%	60%	40%	54	90	
<b>Maternidad</b>										
Parto Normal	45	80%	60%	60%	80%	80%	70%	22		
Cesárea	46	80%	60%	60%	80%	80%	70%	32		
Aborto no Provocado	47	80%	60%	60%	80%	80%	70%	16		
<b>COBERTURA EN EXTRANJERO(1)</b>		30%	40%	30%	30%	30%	30%		135	

(1) Solamente por imprevistos y tratamientos que no son posibles en Chile y siempre que exista cobertura por la Isapre

*Cirugía Ambulatoria hasta pabellón 3 = bonificación como Procedimiento Ambulatorio.*

*(1) Solamente por imprevistos y tratamientos que no son posibles en Chile y siempre que exista cobertura por la Isapre.*

**PLAN 1. SANTIAGO CON PRESTADORES PREFERENTES:** *Gastos efectuados a través de sistema de convenios PREFERENTES SEGÚN PLAN DE SALUD.*

**PLAN 2. SANTIAGO CON PRESTADORES CONVENIDOS:** *Gastos efectuados a través de sistema de convenios CONVENIDOS SEGÚN PLAN DE SALUD.*

**PLAN 3. SANTIAGO CON LIBRE ELECCIÓN:** *Gastos efectuados a través de sistema de LIBRE ELECCIÓN EXISTIENDO CONVENIOS PREFERENTES Y CONVENIDOS POR PLAN DE SALUD.*

**PLAN 1. PROVINCIAS CON PRESTADORES PREFERENTES:** *Gastos efectuados a través de sistema de convenios PREFERENTES SEGÚN PLAN DE SALUD.*

**PLAN 2. PROVINCIAS QUE NO CUENTAN CON PRESTADORES PREFERENTES NI CONVENIDOS:** *Gastos efectuados a través de sistema LIBRE, SEGÚN PLAN DE SALUD.*

**PLAN 3. PROVINCIAS CON LIBRE ELECCIÓN:** *Gastos efectuados a través de sistema de LIBRE ELECCIÓN EXISTIENDO CONVENIOS PREFERENTES Y CONVENIDOS, SEGÚN PLAN DE SALUD.*

**Artículo 30: Cuadro de coberturas de gastos dentales:**

**CUADRO DE COBERTURAS Y CLAUSULAS DE GASTOS DENTALES**

Deducible		Por Beneficiario		UF 1,00				
Periodo de acumulación deducible		Año Calendario						
	Ítem	% Reembolso						
		Región Metropolitana			Provincias			
		1 Prestadores Preferentes	2 Prestadores Convenidos	3 Libre Elección	4 Prestadores Preferentes o Convenidos	5 Sin Prestadores Preferentes o Convenidos	6 Libre Elección	Tope Máximo Anual en UF
Gastos Ambulatorios								
Cirugía Dental	50	45%	35%	25%	45%	45%	25%	10UF
Periodoncia	51							
Endodoncia	52							
Operativa Bucal	54							
Odontopediatría	50							
Radiografías	50							
Laboratorio Dental	50							
Prótesis (Después de 1 año de vigencia)	56							
Otros Gastos								
Ortodoncia (Después de 1 año de vigencia)	57	45%	35%	25%	45%	45%	25%	10UF

**CLÁUSULA DE GASTOS DENTALES**

**Artículo 30 bis:** Sin perjuicio de lo establecido en los Artículos 4°, 5° y 8° del presente reglamento, el beneficio asistencial de cobertura dental de salud que otorgue la Fundación Asistencial, tendrá la bonificación complementaria indicada en el artículo anterior.

**Artículo 31: Cuadro de coberturas de gastos catastróficos.**

CUADRO DE COBERTURAS DE GASTOS CATASTRÓFICOS		
Este beneficio opera en exceso de la Cobertura Complementaria y del Seguro Complementario METLIFE, para prestaciones hospitalarias de Alto Costo.		
LÍMITE DE REEMBOLSO MÁXIMO POR PERSONA ANUAL UF 2.000		
NO TIENE COSTO ADICIONAL		
El beneficio Catastrófico operará posterior a la bonificación de ISAPRE Fundación, del Fondo Complementario de Salud y del Seguro Complementario METLIFE, cuando esté contratado por el beneficiario, según el siguiente detalle.		
	DEDUCIBLE	BONIFICACION
Con Cobertura Seguro Complementario METLIFE	Sin Deducible	80% del gasto presentado
Sin Seguro Complementario METLIFE	126 UF	80% del gasto resultante
<b>Requisitos para acceder a este beneficio:</b>		
Estar vigente con beneficios en el Fondo Complementario de Salud de ISAPRE Fundación al momento de realizadas las prestaciones.		
Presentar las Liquidaciones de los gastos médicos de ISAPRE Fundación, Fondo Complementario de Salud y seguro Complementario METLIFE, si lo tuviera.		

**Nota:** Los límites máximos de coberturas o topes serán anual calendario, sin perjuicio de lo que indica el artículo 1° transitorio para el primer período de vigencia.

**Artículo 31° bis:**

En cuanto los topes establecidos en el presente reglamento para cada una de las coberturas, ellas se mantendrán en las mismas condiciones que se contemplan en los artículos anteriores.

**Artículo 32°.-** Bajo las coberturas de gastos médicos y hospitalarios y catastróficos no se reembolsarán los gastos incurridos por o como consecuencia de:

- 1) *Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a los porcentajes de reembolsos de gastos ambulatorios señalados en el Cuadro de Coberturas de Gastos Médicos y Hospitalarios. Se encuentran expresamente excluidos, los tratamientos para bajar o subir de peso, trasplantes de pelo o tratamiento para estimular el crecimiento.*
- 2) *Gastos hospitalarios y gastos ambulatorios originados por alteraciones de la Salud mental, todo ello en los términos definidos en el “Manual de la Clasificación Estadísticas Internacional de enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción” editada por la Organización Mundial de la Salud, que se encontrare vigente a la fecha del siniestro, salvo lo indicado en el cuadro de cobertura de gastos médicos y hospitalarios.*
- 3) *Cirugía plástica, procedimientos, tratamientos, medicamentos cuya finalidad es de embellecimiento, estética o psicólogo, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes, anteriores a la fecha de vigencia de cobertura del beneficiario.*
- 4) *Esterilización de cualquier tipo.*
- 5) *Tratamiento por adicción a drogas o alcoholismo.*
- 6) *Atención particular de enfermería dentro y fuera del recinto hospitalario.*
- 7) *Gastos por acompañante mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.*
- 8) *Medicamentos ambulatorios.*
- 9) *Curas de reposo, cuidados sanitarios, periodos de cuarentena o aislamiento y epidemias oficialmente declaradas.*
- 10) *Incapacidad surgida de la ocupación del beneficiario y que se encuentren cubiertas por la legislación de accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales.*
- 11) *Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al beneficiario, diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura, sin perjuicio de lo indicado en el artículo 21° de este Reglamento.*
- 12) *Toda incapacidad producto de lesiones autoinferidas.*

13) Los gastos que no hayan sido bonificados por ISAPRE Fundación, el Fondo Complementario de Salud ni por el Seguro Complementario METLIFE.

**Artículo 33°.-** *Bajo la cobertura dental no se reembolsarán los gastos incurridos por o como consecuencia de:*

1. *Medicamentos.*
2. *Cualquier tratamiento cuya finalidad sea el embellecimiento, estética o psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidente, anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura del beneficiario.*
3. *Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura para el beneficiario o, con posterioridad a la fecha de término de su cobertura. Sin perjuicio de lo anterior, se reembolsarán los gastos por prótesis ordenadas antes del término de la cobertura del beneficiario y que fueren entregados dentro de los 30 días siguientes del término de su cobertura.*
4. *El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.*
5. *Implantes de titanio.*
6. *El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.*
7. *Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un proceso similar.*

#### **Título IX: Extinción de la afiliación al Sistema de Ayudas.**

**Artículo 33 bis:** *Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 32° y 33° precedentes, se podrán otorgar, con cargo al Sistema de Ayudas Complementarias de Salud, ayudas especiales, en caso de gastos catastróficos y en situaciones excepcionales, en que el beneficiario requiera necesariamente de éstas para continuar o terminar un tratamiento que de no efectuarse pusiere en grave peligro su salud o su vida. Estas ayudas tendrán un monto máximo de hasta U.F. 1.000 anuales y serán*

*resueltas por una Comisión compuesta por el Gerente del Servicio de Bienestar del Banco del Estado de Chile, un Consejero de la Fundación Asistencial Trabajadores del Banco del Estado de Chile, designado para el efecto por el Consejo respectivo y el Administrador Gerente de la misma Fundación. Este Comité estará facultado para fijar la fecha desde la cual se otorgará la ayuda especial, como asimismo el plazo de vigencia de la misma.*

*Las ayudas que se concedan en conformidad al presente artículo deberán ser informadas al consejo de la Fundación Asistencial, en la sesión posterior a su otorgamiento.*

**Artículo 34°.-** *La afiliación del Sistema de Ayudas se extingue.*

- a) Cuando el beneficiario o la persona que le da derecho a incorporarse al Sistema, termina su relación laboral con el Banco del Estado de Chile, por cualquier causa.*
- b) Cuando termina la afiliación del beneficiario a la Isapre Fundación.*
- c) Cuando el beneficiario obtiene de manera fraudulenta o mediante antecedentes falsos, prestaciones o mayor cobertura del Sistema de la que le correspondería en conformidad a la presente reglamentación.*
- d) Cuando el trabajador del Banco obligado al pago del aporte propio o de su cónyuge cotizante o carga médica, no lo cancele durante dos meses consecutivos. Esta exclusión afectará sólo al beneficiario, por el cual no se entere los aportes respectivos en el período antes indicado.*
- e) El último día del mes siguiente a aquél en que el beneficiario pierde los requisitos para ser carga legal o médica.*
- f) Tratándose de la cobertura por enfermedades catastróficas, ella se extingue el último día del mes inmediatamente siguiente a aquél en que el beneficiario cumpla 66 años de edad.*
- g) El primer día del mes subsiguiente a aquel en que el beneficiario haya expresado su voluntad de poner término a la cobertura del Sistema de Ayudas, lo que sólo podrá efectuar una vez al año, dentro del mes siguiente a aquel en que cumpla 12 de meses de afiliación al sistema o, posteriormente, un nuevo año de mantención en éste.*



h) *Si los beneficiarios se encontraran en alguna de las situaciones indicadas en las letras a), e), f) o g) de este artículo, continuarán siendo cubiertos por el Sistema de Ayudas, respecto a aquellas prestaciones que se hubieran iniciado durante su vigencia y se extiendan, sin solución de continuidad, por un periodo razonable y prudente. La duración máxima de este periodo de prórroga se determinará en las normas técnicas de este Reglamento, establecidas de acuerdo a un criterio médico. Respecto a la causal indicada en la letra b) anterior, procederá igualmente el periodo de prórroga por el lapso en que la Isapre otorgue los beneficios del contrato de salud y condicionados a que estos efectivamente se hayan prestado. Los beneficiarios que se encuentren en las situaciones excepcionales antes descritas, deberán enterar directamente el aporte que les corresponda, si éste hubiere dejado de efectuarse conforme lo previsto en este Reglamento.*

**Artículo 35°.-** *El trabajador del Banco del Estado de Chile que le otorga el derecho a sus cargas legales o médicas y al cónyuge cotizante para incorporarse al Sistema de Ayudas Complementarias de Salud, será responsable del mal uso de las prestaciones en que incurra cualquiera de sus beneficiarios.*

*Asimismo, cuando se detecten situaciones de la percepción irregular de beneficios, a que se refiere la letra c) del artículo anterior, procederá la suspensión de cobertura de beneficiario involucrado mientras se instruye una investigación por el Administrador Gerente de la Fundación Asistencial. Tal investigación podrá concluir, según el caso, con el alzamiento de la suspensión y la correspondiente bonificación de las prestaciones habidas en el tiempo intermedio, o bien, con la exclusión definitiva del beneficiario.*

#### **Título X: Procedimiento de reclamos e instancias de reclamación.**

**Artículo 36°.-** *Existirá un Comité Técnico de Reclamos que conocerá de las solicitudes de revisión de coberturas, montos de beneficios, condiciones de afiliaciones así como cualquiera otra materia relativa a la adecuada administración del Sistema de Ayudas. Para ser admitidas o tramitación, las peticiones deberán ser fundadas y acompañarse a ellas la documentación que les sirva de sustento.*

**Artículo 37°.-** *El Comité estará integrado por tres miembros titulares e igual número de suplentes. La conformación, como miembros titulares, un representante del Gerente del Servicio de Bienestar, quien lo presidirá, un representante del Sindicato de Trabajadores del Banco del Estado y un representante que designará el Administrador Gerente de la Fundación de Salud. Los suplentes serán nombrados por las mismas personas y entidades que los titulares. También integrará el Comité un Médico y un Abogado, en representación de la Fundación Asistencial, quienes*

*solamente tendrán derecho a voz. El propio Comité nombrará a un Secretario, el que tendrá la responsabilidad de llevar las actas de las sesiones.*

**Artículo 38°.-** *De las deliberaciones y acuerdos de ese Comité, el secretario dejará constancia en Actas, firmadas por todos los asistentes, con indicación de las reservas o prevenciones que pudiere haber manifestado cualquiera de ellos. Dichas actas, deberán ser foliadas, archivadas en orden correlativo y encontrarse a disposición del Consejo de Administración de la Fundación Asistencial.*

*En lo demás, el Comité actuará conforme a las normas internas que dicte para su funcionamiento.*

### **Título XI: Procedimiento para efectuar el aporte de la Isapre.**

**Artículo 39°.-** *En caso de que el Fondo de Aportes y el Fondo Especial, no fueren suficientes para financiar las prestaciones correspondientes, la diferencia será cubierta indistintamente por las Fundaciones de Salud y/o Asistencial Trabajadores del Banco del Estado de Chile, con cargo a los recursos que el Servicio de Bienestar destine a dichas entidades por concepto de aportes extraordinarios de salud, con arreglo a la letra b) del número segundo del anexo del contrato colectivo en vigor, bastando para ello que la Fundación Asistencial así lo solicite previamente al mencionado Servicio.*

*En el caso que el Sistema de Ayudas Complementarias de Salud no pudiera financiarse con los recursos disponibles o proyectados en un determinado período de vigencia, se faculta a la Fundación Asistencial para estudiar, respecto del período siguiente, la modificación del valor de los beneficios y/o las coberturas contempladas, en los términos señalados por el artículo 17 del Título IV, modificaciones que para concretarse requerirán de una reforma al presente Reglamento.*

### **Titulo Final.**

**Artículo 40.-** *Este Reglamento regirá a partir del 1° de abril de 1999 y ha sido aprobado por el Comité del Servicio de Bienestar del Banco, según consta del Acuerdo que se inserta al final de este instrumento.*

*Las modificaciones al presente reglamento deberán contar con la aprobación del Servicio de Bienestar a la fecha de su entrada en vigor*

### **ARTÍCULOS TRANSITORIOS**

**Artículo 1°.-** *El primer período de vigencia del Sistema de Ayudas Complementarias de Salud se extenderá desde el 1° de abril hasta el 31 de diciembre de 1999.*

*En consideración a que el primer período de vigencia del Sistema será de 9 meses, los límites máximos de bonificación que se contemplan en los cuadros de coberturas, se ajustarán proporcionalmente a dicho período.*

**Artículo 2°.-** *Los afiliados y beneficiarios del seguro vigente en el período inmediatamente anterior al inicio del Sistema de Ayudas, tendrán continuidad de beneficios con las coberturas que correspondan y con las restricciones derivadas de las preexistencias que estuvieran vigentes en ese período. Respecto a los nuevos afiliados que se incorporen a partir del 1° de abril de 1999 en adelante, se podrán imponer nuevas restricciones en razón de enfermedades preexistentes.*

**Artículo 3°.-** *No obstante la duración del primer período vigencia del Sistema, la devolución de excedentes al Servicio de Bienestar, contemplada en el artículo 18°, se aplicará íntegramente.*

**Artículo 4°.-** *Asimismo, atendido que al iniciarse la vigencia del Sistema ya ha transcurrido un trimestre completo del año calendario en curso, la contribución del Banco del Estado a que se refiere el artículo 12°, letra a), de este Reglamento, ascenderá a la novena parte de 21.275,37 U.F.*

**Artículo 5°.-** *Durante el primer período, el aporte al Sistema de Ayudas de los trabajadores ascenderá al uno por ciento (1%) de su sueldo, gratificaciones y asignación de antigüedad, con el mínimo y el máximo señalado en el artículo 12 letra b) del presente Reglamento.*

**Artículo 6°.-** *Los trabajadores del Banco del Estado que a la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento no se encuentren afiliados a Isapre Fundación y, que en el plazo de 180 días a contar de esa fecha no se hayan afiliado a ella, no podrán incorporarse al Sistema de Ayudas durante el primer período de vigencia del mismo.*

**Artículo 7°.-** *En atención a lo establecido en el artículo 12° letras c) y d) del presente Reglamento, los cónyuges cotizantes y las cargas médicas que hubieren sido beneficiarios del Seguro Complementario de Salud al 28.02.99 y que se mantengan formando parte del Sistema de Ayudas, en virtud de una declaración expresa del trabajador del Banco que les da derecho a ello, deberán regularizar el pago de sus aportes ya devengados en el plazo de sesenta días a contar de la fecha en que se haya manifestado dicha voluntad.*

*Saluda atentamente a usted,*

**JAIME LEÓN ROMO**  
*Gerente General*  
*Fundación Asistencial*