



CUADRO DE COBERTURAS TITULAR PASIVO

OBJETO DEL PLAN:			
Establecer e informar a los beneficios y prestaciones de salud con sus correspondientes coberturas y bonificaciones, que otorga el "Plan de Prestaciones del Sistema de Salud Ejército, en adelante SISAE, Pensionado y Montepiado".			
BENEFICIARIOS DEL PLAN: <i>A quienes está destinado este Plan.</i>			
Pensionados y Montepiados titulares que son cotizantes del Fondo Complementario.			
PRESTACIONES DE HOSPITALIZACIONES	BONIFICACIÓN	COPAGO	PRESTADORES
Consulta de Urgencia	75 % FODEMECU	25%	INSTALACIONES INSTITUCIONALES, S.N.S, HMS, HMN, CONVENIOS Y SIN CONVENIO
Consultas médicas ambulatorias			
Exámenes de Laboratorio Laboratorio			
Exámenes de Imagenología			
Kinesiología			
Radioterapia	75% FODEMECU + 15 %Fondo Complementario	10%	
Cirugía de Catarata			
Dialisis			
Quimioterapia			
Día cama Hospitalización, UCI, UTI			
Hospitalizaciones (farmacos e insumos)	75% FODEMECU + 10% Fondo Complementario	15%	
Elementos de Prótesis y Exoprótesis			
Diferencias Arancelarias Día Cama y pabellón (UCI, UTI, ETC)			
Diferencias Arancelarias Día Cama y pabellón (ambulatorio)	80% Fondo Complementario	20%	
Diferencias Arancelarias	50% Fondo Complementario	50%	
Diferencias Arancelarias	0%	100%	
PRESTACIONES DENTALES	BONIFICACIÓN	COPAGO	PRESTADORES
Cirugía Dental	75% FODEMECU + 15% Fondo Complementario	10%	INSTALACIONES INSTITUCIONALES, S.N.S, HMS, HMN, CONVENIOS Y SIN CONVENIO
Endodoncia			
Imagenología (DENTAL)			
Laboratorio Dental Institucional			
Operatoria			
Pabellón Quirúrgico Odontológico			
Periodoncia			
Prótesis Fija	Pacientes mayores a 40 años • 1 (una) Prótesis Fija Plural cada 2 años • 3 (una) Prótesis Fija Unitaria cada 2 años		
Pacientes Menores o Iguales a 40 años • 1 (una) Prótesis Fija Plural cada 5 años • 1 (una) Prótesis Fija Unitaria cada 3 años			
Diferencias Arancelarias	0%	100%	
OTROS BENEFICIOS EXCLUSIVOS A TRAVÉS DEL FONDO COMPLEMENTARIO			
COBERTURA TRASPLANTE	Hasta UF. 5.500 por beneficiario, a través del FDO. COMPLEMENTARIO		
COBERTURA DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES (SÓLO TRASPLANTADOS)	90% de Cobertura, Sin tope, a través del FDO. COMPLEMENTARIO		

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS:	Reembolso del 90% a través del FDO. COMPLEMENTARIO, por medicamentos para tratamientos de cáncer, cuyo costo mensual supere el valor de 2 UF mensuales (a excepción de las quimioterapias ambulatorias). Para su materialización, será necesario adjuntar, informe médico en el cual se acredite dicho tratamiento y la boleta o factura debidamente cancelada.
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE ALTO COSTO (MAC):	Se accede a un 90% de bonificación a través del FDO. COMPLEMENTARIO, para medicamentos ambulatorios de alto costo en HOSPITAL MILITAR SANTIAGO y HOSPITAL MILITAR DEL NORTE, conforme a procedimientos establecidos.
ADQUISICIÓN DE SILLA DE RUEDAS:	Reembolso de hasta 6 UF a través del FDO. COMPLEMENTARIO, por adquisición de silla de ruedas para Titulares o Cargas Familiares, presentando informe médico o receta y boleta o factura, debidamente cancelada (por única vez).
COBERTURA PARA CONSULTAS MÉDICAS EN MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN DE ESPECIALIDADES CRÍTICAS	50% de bonificación de acuerdo al valor de consulta, con un tope anual de 2UF, a las especialidades de, Dermatología, Traumatología, Reumatología, Gastroenterología, Neurología, Oftalmología, Endocrinología. (Modalidad de Rembolso, se debe acreditar especialidad consultada)
EXÁMENES DE FERTILIDAD	Tope de UF 10 anuales (por beneficiario). Sólo aplica a determinados exámenes normados los que se encuentran publicados en la página web de la JEAFO SALE.
SESIONES DE ACUPUNTURA EN HMS Y HMN	Con tope de UF 1,5 anuales (por beneficiario).
CÁMARA PET	90% Sólo a través del FDO. COMPLEMENTARIO
GAMMA KNIFE	Cobertura de un 90%, sólo en el HMS, a través de FDO. COMPLEMENTARIO.
PROGRAMA DE SALUD PASIVOS HMN-CCM-INMUNOMÉDICA	
PROGRAMA DE SALUD PARA LA MUJER (Mayor a 40 años)	PROGRAMA DE SALUD PARA EL HOMBRE (Mayor a 50 años)
CONSULTA MATRONA GLICEMIA COLESTEROL TOTAL HEMOGRAMA Y VHS TOMA MUESTRA PAP MAMOGRAFIA PAP ANÁLISIS EVALUACIÓN ENFERMERA	GLICEMIA COLESTEROL TOTAL HEMOGRAMA Y VHS ANTIGENO PROSTATICO EVALUACIÓN ENFERMERA
IMPLANTE DENTAL (excluye laboratorio)	
Bonificación con tope de UF 15 cada dos años.	
Etapas de cobertura: planificación, cirugía y rehabilitación.	
Centros Autorizados, COE, HMS, HMN, "COM LA REINA", "CCM ARICA", "CCM CONCEPCIÓN", "CCM PUNTA ARENAS"	
BENEFICIOS ÓPTICOS A TRAVÉS DEL FDO. COMPLEMENTARIO (SÓLO MODALIDAD DE REEMBOLSO)	
Tipo de Atención	TITULARES
Adquisición de Lentes (Cristales y Marco)	Hasta 3,5 UF. Cada 2 años
Adquisición de Lentes Intraoculares (Tope por cada lente)	Hasta 11 UF. Cada 2 años
Adquisición de Audífonos (un aparato)	Hasta 22 UF. Cada 2 años
Reparaciones de Audífonos (un aparato)	Hasta 6 UF. Cada 2 años
Cirugía Lasik	Cobertura de 20 UF, (Libre elección a través de reembolso, por única vez, desde 21 años, dependiendo del grado de dioptría)
Los beneficios de cobertura en los lentes intraoculares (LIO), se otorgará de acuerdo a la indicación médica, y la aplicación de los topes máximos será para cada uno de los lentes intraoculares.	
Beneficio adicional de adquisición de lentes por pago al contado en ópticas, hasta el tope de cobertura, mediante REEMBOLSO en JEAFO SALE. (La Boleta no debe exceder los 60 días y la receta los 180 días)	

El beneficiario debe tener presente la fecha de su última adquisición de lentes/audífonos, para efectos que una nueva compra de ellos sea materializada tras los dos años que exige el beneficio. La información proporcionada por los sistemas sólo es referencial.

COBERTURA COTIZACIÓN ADICIONAL DE UF 0,1867 A TRAVÉS DEL FDO. COMPLEMENTARIO

TOPE BONIFICACIÓN	COBERTURA DESGRAVAMEN	EVACUACIÓN AEROMÉDICA	TRASLADO EN AMBULANCIA
UF 1.000 (Tope anual) POR BENEFICIARIO	UF 1.000 (Tope anual) POR BENEFICIARIO	Sin tope	Tope de 50 UF anuales por beneficiario, (los traslados son bajo la modalidad de reembolso)
Tope bonificación para beneficiarios sin cotización adicional: UF 700 por beneficiario.			
Tope cobertura desgravamen para beneficiarios sin cotización adicional: UF 400 sólo titulares.			
El Beneficio de traslado es sólo para ambulancias de mediana y alta complejidad.			

FINANCIAMIENTO DEL FONDO COMPLEMENTARIO (COTIZACIÓN MENSUAL)

Cuota de Incorporación de 2 (dos) U.F. por única vez (descontada sólo a través de la pensión)
0,734 UF por grupo familiar para pensiones menores a 1,46 veces el sueldo mínimo y 0,887 UF por grupo familiar para pensiones mayores a 1,46 veces el sueldo mínimo
0,1867 cotización adicional (aumento de tope, aumento de desgravamen, traslado y evacuación Aeromédica)
Los Beneficios comienzan el 1er. día del 4º mes, después de haber cancelado las 3 primeras cotizaciones.

EXCLUSIONES MÉDICAS

Atenciones y/o exámenes efectuados con fines de reposo geriátrico.
Medicamentos prescritos en atenciones ambulatorias, se exceptúan las vacunas por tratamientos (debidamente documentada su Traslado de pacientes en cualquier medio de transporte desde y hacia centros asistenciales (a excepción de los traslados Atenciones médicas domiciliarias
Prestaciones otorgadas por médicos privados, enfermeras, auxiliares y cuidadoras particulares en atenciones ambulatorias u hospitalarias.
Atenciones derivadas del tratamiento de rehabilitación y educación diferencial.
Hospitalización y tratamientos de fertilidad asistida.
Cirugía plástica o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos (consulte procedimientos normados respecto a las cirugías: Prestaciones y tratamientos médicos otorgados en el extranjero (Bonificación será homologada al arancel Hosmil Santiago o COE).
Trasplantes de órganos.
Prestaciones médicas efectuadas con fines de chequeo médico o constatación de estado de salud.
Prestaciones de Podología.
Materiales específicos para cirugía bariátrica.
Honorarios de equipos médicos contratados por el beneficiario.
Tratamientos con toxina botulínica (Botox)
Otras consideradas en reglamentación correspondiente.
Insumos médicos ambulatorios, tales como tiras para medición de glicemia, parches para el dolor, mangueras coloproctológicas, Métodos, Tratamientos y Procedimientos quirúrgicos Anticonceptivos.

EXCLUSIONES FONDO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Consultas médicas ambulatorias.
Procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos ambulatorios (a excepción de cataratas).
Atenciones y/o exámenes efectuados con fines de reposo o cuidados geriátricos.
Medicamentos prescritos en atenciones ambulatorias y no incluidos entre aquellos calificados por el Administrador del Fondo Complementario.
Traslado de pacientes en cualquier medio de transporte desde y hacia centros asistenciales (a excepción de los traslados intrahospitalarios y el reembolso de ambulancia a través del descuento adicional de UF 0,1867)
Prestaciones otorgadas por médicos privados, enfermeras, auxiliares y cuidadoras particulares en atenciones ambulatorias u hospitalarias.

Prestaciones y tratamientos médicos otorgados en el extranjero a voluntad del beneficiario.

Prestaciones médicas efectuadas con fines de chequeo médico o constatación de estado de salud.

Otras consideradas en reglamentación correspondiente y las descritas en el Fondo de Medicina Curativa (FODEMECU.).

GLOSARIO (Para la correcta lectura e interpretación de este cuadro de coberturas)

Atención de Urgencia o Emergencia Vital : Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional.

Bonificación: Monto con que los distintos Fondos de Salud (Fondo de Medicina Curativa y Fondo Complementario) considerados en la Ley N°19.465 que establece el Sistema de Salud de las FF.AA., contribuyen al pago total o parcial de las prestaciones de salud. La bonificación de prestaciones de salud se hará sobre el arancel institucional.

Copago: Monto de cargo del beneficiario, que resulta de la diferencia entre el valor total de la prestación de salud y el porcentaje bonificado por los diferentes Fondos de Salud.

Instalaciones Institucionales: Prestadores de salud del Sistema de Salud del Ejército, Armada y FACH en las cuales se otorgan las acciones de salud a los beneficiarios del SISAE, tales como: Hospitales, Centros Clínicos, Centros Médicos, Enfermerías Regimentarias, Central Odontológica COE, Centro de Rehabilitación Infantil (CRIE), Centro Odontológico Militar la Reina.

Fondo de Medicina Curativa: Fondo destinado a Cubrir los gastos que demanden las prestaciones de salud de carácter curativo, en atenciones médicas, odontológicas, hospitalizaciones, tratamientos y exámenes especializados, elementos de prótesis, ortesis u otros.

Fondo Complementario : Fondo Solidario de libre opción destinado al Personal en Condición de Retiro y sus cargas familiares, destinado a cubrir en parte los gastos no cubiertos por el FODEMECU, comprende el financiamiento de atenciones médicas hospitalizadas, odontológicas y las debidamente autorizadas por el administrador del Fondo.

Orden de Atención (Carta Orden): Documento extendido una instalación de salud del Ejército, o la autoridad en quien se haya delegado dicha facultad, mediante el cual se solicita una atención de salud o adquisición de un dispositivo médico a otras Instituciones con las cuales exista un convenio vigente.

Prestaciones de Salud: Son aquellas atenciones de salud solicitadas en una instalación de salud del Ejército o en establecimientos de salud de otras ramas de las FF.AA., en establecimientos de salud pública o privada en convenio, ya sea hospitalario (días cama, pabellón) o ambulatorio (consultas, exámenes, etc.).

Reembolso: Para efecto de los Planes de Prestaciones, se entenderá como la devolución efectuada al beneficiario del gasto de salud por concepto de prestaciones de salud, fármacos, ayudas técnicas, lentes, prótesis y órtesis realizadas por los Beneficiarios del SISAE. El reembolso debe ser solicitado por el beneficiario, dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de la boleta o factura, presentando los documentos originales.

ATENCIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA VITAL

La Atención Médica de Urgencia o secuela funcional grave, podrá proporcionarse, como primera atención, en cualquier establecimiento sanitario del país, de preferencia de la Red del SISAE.

La bonificación derivada de una Atención Médica de Urgencia o Emergencia Vital deberá ser aprobada con posterioridad, por la respectiva contraloría de salud, sobre la base de la correspondiente calificación médica.

DIFERENCIA ARANCELARIA

Resulta ser igual, a la diferencia, entre el valor del arancel institucional que sirve de base de cálculo para determinar la cobertura legal de salud, respecto del arancel instalación, el cual incluye, los costos propios de la prestación de los servicios de salud, inherentes a la realidad de cada prestador de salud; diferencia que debe ser de cargo, de los propios beneficiarios.

La diferencia arancelaria, fue adoptada conforme a lo previsto, en el artículo N.º 33 letra f), de la ley N.º 19.465 de Salud de las Fuerzas Armadas, norma jurídica que sustenta los Actos Administrativos que dieron origen a los documentos ejecutivos de la época que establecieron la citada diferencia y que, a la vez, la fijan y la regulan; siendo ratificada, la aplicación de la normativa ya precitada por la Contraloría General de la República (CGR), mediante los Dictámenes N.ºs: 94.814 de fecha 04DIC2014 y 39.977 de fecha 19MAY2015, respectivamente.

En razón de lo anterior, a partir del 29DIC2023, entró en vigencia la ya mencionada diferencia arancelaria, la que se aplicará a las prestaciones de salud otorgadas por los prestadores del extrasistema a lo largo del país, siguiendo para ello, los procedimientos establecidos en la Resolución DIVSAL ASEJUR (R) N.º 11000/350000/10321/9094/ EXENTA de fecha 28NOV2023, modificada por la Resolución DIVSAL ASEJUR (R) N.º 1000/350000/10503/9174/EXENTA de fecha 01DIC2023



Jefatura Ejecutiva de Administración de los Fondos de Salud del Ejército



CUADRO DE COBERTURAS CARGA FAMILIAR PASIVO

OBJETO DEL PLAN:			
Establecer e informar los beneficios y prestaciones de salud con sus correspondientes coberturas y bonificaciones, que otorga el "Plan de Prestaciones del Sistema de Salud Ejército, en adelante SISAE, Pensionado y Montepiado y sus cargas familiares".			
BENEFICIARIOS DEL PLAN: <i>A quienes está destinado este Plan.</i>			
A las cargas familiares de Pensionados adscritos al Fondo Complementario			
PRESTACIONES MÉDICAS	BONIFICACIÓN	COPAGO	PRESTADORES
Consulta de Urgencia	50 % FODEMECU	50%	INSTALACIONES INSTITUCIONALES, S.N.S, HMS, HMN, CONVENIOS Y SIN CONVENIO
Consultas médicas ambulatorias			
Exámenes de Laboratorio Laboratorio			
Exámenes de Imagenología			
Radioterapia			
Kinesiología			
Dialisis	50% FODEMECU + 40% Fondo Complementario	10%	
Quimioterapia			
Día cama Hospitalización, UCI, UTI etc.			
Hospitalizaciones (farmacos e insumos, laboratorio, Kinesiología, rayos, imagenología)	50% FODEMECU + 10% Fondo Complementario	40%	
Elementos de Ortesis, Prótesis , Exoprótesis y Endoprótesis			
Diferencias Arancelarias Día Cama y pabellón (UCI, UTI, ETC)	80% Fondo Complementario	20%	
Diferencias Arancelarias Día Cama y pabellón (ambulatorio)	50% Fondo Complementario	50%	
Diferencias Arancelarias ambulatorias médica y dental	0%	100%	
PRESTACIONES DENTALES	BONIFICACIÓN	COPAGO	PRESTADORES
Cirugía Dental	50% Ley + 40% Fondo Complementario	10%	INSTALACIONES INSTITUCIONALES, S.N.S, HMS, HMN, CONVENIOS Y SIN CONVENIO
Endodoncia			
Imagenología (DENTAL)			
Laboratorio Dental Institucional			
Operatoria			
Pabellón Quirúrgico Odontológico			
Periodoncia			
Ortodoncia (Pacientes menores de 17 años)	30% Ley + 40% Fondo Complementario	30%	
Prótesis Fija	50 % Ley + 40 % Fondo Complementario	10%	
Pacientes Menores o Iguales a 40 años • 1 (una) Prótesis Fija Plural cada 5 años • 1 (una) Prótesis Fija Unitaria cada 3 años	Pacientes Mayores o Iguales a 40 años • 1 (una) Prótesis Fija Plural cada 2 años • 3 (una) Prótesis Fija Unitaria cada 2 años		
Diferencias Arancelarias	0%	100%	

OTROS BENEFICIOS EXCLUSIVOS A TRAVÉS DEL FONDO COMPLEMENTARIO	
COBERTURA TRASPLANTE	Hasta UF. 5.500 por beneficiario, a través del FDO. COMPLEMENTARIO
COBERTURA DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES (SÓLO TRASPLANTADOS)	90% de Cobertura, Sin tope, a través del FDO. COMPLEMENTARIO
QUIMIOTERAPIAS AMBULATORIAS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE	Se debe hacer llegar a la JEAFOALE, Boleta de la quimioterapia (medicamento), Receta Médica y Certificado del médico tratante que indique quimioterapia ambulatoria.
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS:	Reembolso del 90% a través del FDO. COMPLEMENTARIO, por medicamentos para tratamientos de cáncer, cuyo costo mensual supere el valor de 2 UF mensuales (a excepción de las quimioterapias ambulatorias). Para su materialización, será necesario adjuntar, informe médico en el cual se acredite dicho tratamiento y la boleta o factura debidamente cancelada.
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE ALTO COSTO (MAC):	Se accede a un 90% de bonificación a través del FDO. COMPLEMENTARIO, para medicamentos ambulatorios de alto costo en HOSPITAL MILITAR SANTIAGO y HOSPITAL MILITAR DEL NORTE, conforme a procedimientos establecidos.
ADQUISICIÓN DE SILLA DE RUEDAS:	Reembolso de hasta 6 UF a través del FDO. COMPLEMENTARIO, por adquisición de silla de ruedas para Titulares o Cargas Familiares, presentando informe médico o receta y boleta o factura, debidamente cancelada (por única vez).
COBERTURA PARA CONSULTAS MÉDICAS EN MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN DE ESPECIALIDADES CRÍTICAS	50% de bonificación de acuerdo al valor de consulta, con un tope anual de 2UF, a las especialidades de, Dermatología, Traumatología, Reumatología, Gastroenterología, Neurología, Oftalmología, Endocrinología. (Modalidad de Reembolso, se debe acreditar especialidad consultada)
EXÁMENES DE FERTILIDAD	Tope de UF 10 anuales (por beneficiario). Sólo aplica a determinados exámenes normados los que se encuentran publicados en la página web de la JEAFOALE.
SESIONES DE ACUPUNTURA EN HMS Y HMN	Con tope de UF 1,5 anuales (por beneficiario).
CÁMARA PET	90%, a través del FDO. COMPLEMENTARIO
GAMMA KNIFE	Cobertura de un 90%, sólo en el HMS
PROGRAMA DE SALUD PASIVOS HMN-CCM-INMUNOMÉDICA (50% LEY + 50% FDO. COMPLEMENTARIO)	
PROGRAMA DE SALUD PARA LA MUJER (Mayor a 40 años)	PROGRAMA DE SALUD PARA EL HOMBRE (Mayor a 50 años)
CONSULTA MATRONA GLICEMIA COLESTEROL TOTAL HEMOGRAMA Y VHS TOMA MUESTRA PAP MAMOGRAFIA PAP ANÁLISIS EVALUACIÓN ENFERMERA	GLICEMIA COLESTEROL TOTAL HEMOGRAMA Y VHS ANTIGENO PROSTATICO EVALUACIÓN ENFERMERA
IMPLANTE DENTAL (excluye laboratorio)	
Bonificación con tope de UF 15 cada dos años.	
Etapas de cobertura: planificación, cirugía y rehabilitación.	
Centros Autorizados, COE, HMS, HMN, "COM LA REINA", "CCM ARICA", "CCM CONCEPCIÓN", "CCM PUNTA ARENAS"	
BENEFICIOS ÓPTICOS A TRAVÉS DEL FDO. COMPLEMENTARIO	
Tipo de Atención	CARGAS
Adquisición de Lentes (Cristales y Marco)	Hasta 3,3 UF. Cada 2 años
Adquisición de Lentes Intraoculares (Tope por cada lente)	Hasta 11 UF. Cada 2 años

Adquisición de Audífonos (un aparato)	Hasta 22 UF. Cada 2 años
Reparaciones de Audífonos (un aparato)	Hasta 6 UF. Cada 2 años
CIRUGÍA LASIK	Cobertura de 20 UF, (Libre elección a través de reembolso, por única vez, desde 21 años, dependiendo del grado de dioptría)
Los beneficios de cobertura en los lentes intraoculares (LIO), se otorgará de acuerdo a la indicación médica, y la aplicación de los topes máximos será para cada uno de los lentes intraoculares.	
Beneficio adicional de adquisición de lentes por pago al contado en ópticas con o sin convenio, hasta el tope de cobertura, mediante REEMBOLSO en JEAFO SALE. (La Boleta no debe exceder los 60 días y la receta los 180 días)	
El beneficiario debe tener presente la fecha de su última adquisición de lentes/audífonos, para efectos que una nueva compra de ellos sea materializada tras los dos años que exige el beneficio. La información proporcionada por los sistemas sólo es referencial.	

COBERTURA COTIZACIÓN ADICIONAL DE UF 0,1867 A TRAVÉS DEL FDO. COMPLEMENTARIO

TOPE BONIFICACIÓN	COBERTURA DESGRAVAMEN	EVACUACIÓN AEROMÉDICA	TRASLADO EN AMBULANCIA
UF 1.000 (Tope anual) Por Beneficiario	UF 1.000 (Tope anual) Por Beneficiario	Sin tope	Tope de 30 UF anuales por beneficiario, (los traslados son bajo la modalidad de reembolso)
Tope bonificación para beneficiarios sin cotización adicional: UF 700 por beneficiario.			
Tope cobertura desgravamen para beneficiarios sin cotización adicional: UF 400 sólo titulares.			
El Beneficio de traslado es sólo para ambulancias de mediana y alta complejidad.			

FINANCIAMIENTO DEL FONDO COMPLEMENTARIO (COTIZACIÓN MENSUAL)

Cuota de Incorporación de 2 (dos) U.F. por única vez (descontada sólo a través de la pensión)
0,734 UF por grupo familiar para pensiones menores a \$394.200 y 0,887 UF por grupo familiar para pensiones mayores a \$394.200
0,1867 cotización adicional (aumento de tope, aumento de desgravamen, traslado y evacuación Aeromédica)
Los Beneficios comienzan el 1er. día del 4º mes, después de haber cancelado las 3 primeras cotizaciones.

EXCLUSIONES MÉDICAS

Atenciones y/o exámenes efectuados con fines de reposo geriátrico.
Medicamentos prescritos en atenciones ambulatorias, se exceptúan las vacunas por tratamientos (debidamente documentada su
Traslado de pacientes en cualquier medio de transporte desde y hacia centros asistenciales (a excepción de los traslados
Atenciones médicas domiciliarias
Prestaciones otorgadas por médicos privados, enfermeras, auxiliares y cuidadoras particulares en atenciones ambulatorias u
Atenciones derivadas del tratamiento de rehabilitación y educación diferencial.
Hospitalización y tratamientos de fertilidad asistida.
Cirugía plástica o intervenciones quirúrgicas con fines estéticos (consulte procedimientos normados respecto a las cirugías:
Prestaciones y tratamientos médicos otorgados en el extranjero (Bonificación será homologada al arancel Hosmil Santiago o COE).
Trasplantes de órganos.
Prestaciones médicas efectuadas con fines de chequeo médico o constatación de estado de salud.
Prestaciones de Podología.
Materiales específicos para cirugía bariátrica.
Honorarios de equipos médicos contratados por el beneficiario.
Tratamientos con toxina botulínica (Botox)
Otras consideradas en reglamentación correspondiente.
Insumos médicos ambulatorios, tales como tiras para medición de glicemia, parches para el dolor, mangueras coloproctológicas,
Metodos, Tratamientos y Procedimientos quirúrgicos Anticonceptivos.

EXCLUSIONES FONDO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Consultas médicas ambulatorias.
Procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos ambulatorios (a excepción de cataratas).
Atenciones y/o exámenes efectuados con fines de reposo o cuidados geriátricos.
Medicamentos prescritos en atenciones ambulatorias y no incluidos entre aquellos calificados por el Administrador del Fondo Complementario.
Traslado de pacientes en cualquier medio de transporte desde y hacia centros asistenciales (a excepción de los traslados intrahospitalarios y el reembolso de ambulancia a través del descuento adicional de UF 0,1867)

Prestaciones otorgadas por médicos privados, enfermeras, auxiliares y cuidadoras particulares en atenciones ambulatorias u hospitalarias.

Prestaciones y tratamientos médicos otorgados en el extranjero a voluntad del beneficiario.

Prestaciones médicas efectuadas con fines de chequeo médico o constatación de estado de salud.

Otras consideradas en reglamentación correspondiente y las descritas en el Fondo de Medicina Curativa (FODEMECU.).

GLOSARIO (Para la correcta lectura e interpretación de este cuadro de coberturas)

Atención de Urgencia o Emergencia Vital : Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional

Bonificación: Monto con que los distintos Fondos de Salud (Fondo de Medicina Curativa y Fondo Complementario) considerados en la Ley N° 19.465 que establece el Sistema de Salud de las FF.AA., contribuyen al pago total o parcial de las prestaciones de

Copago: Monto de cargo del beneficiario, que resulta de la diferencia entre el valor total de la prestación de salud y el porcentaje bonificado por los diferentes Fondos de Salud.

Instalaciones Institucionales: Prestadores de salud del Sistema de Salud del Ejército, Armada y FACH en las cuales se otorgan las acciones de salud a los beneficiarios del SISAE, tales como: Hospitales, Centros Clínicos, Centros Médicos, Enfermerías Regimentarias, Central Odontológica COE, Centro de Rehabilitación Infantil (CRIE), Centro Odontológico Militar la Reina.

Fondo de Medicina Curativa: Fondo destinado a Cubrir los gastos que demanden las prestaciones de salud de carácter curativo, en atenciones médicas, odontológicas, hospitalizaciones, tratamientos y exámenes especializados, elementos de prótesis, ortesis u otros.

Fondo Complementario : Fondo Solidario de libre opción destinado al Personal en Condición de Retiro y sus cargas familiares, destinado a cubrir en parte los gastos no cubiertos por el FODEMECU, comprende el financiamiento de atenciones médicas hospitalizadas, odontológicas y las debidamente autorizadas por el administrador del Fondo.

Orden de Atención (Carta Orden): Documento extendido una instalación de salud del Ejército, o la autoridad en quien se haya delegado dicha facultad, mediante el cual se solicita una atención de salud o adquisición de un dispositivo médico a otras Instituciones con las cuales exista un convenio vigente.

Prestaciones de Salud: Son aquellas atenciones de salud solicitadas en una instalación de salud del Ejército o en establecimientos de salud de otras ramas de las FF.AA., en establecimientos de salud pública o privada en convenio, ya sea hospitalario (días cama, pabellón) o ambulatorio (consultas, exámenes, etc.).

Reembolso: Para efecto de los Planes de Prestaciones, se entenderá como la devolución efectuada al beneficiario del gasto de salud por concepto de prestaciones de salud, fármacos, ayudas técnicas, lentes, prótesis y órtesis realizadas por los Beneficiarios del SISAE. El reembolso debe ser solicitado por el beneficiario, dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de la boleta o factura, presentando los documentos originales.

ATENCIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA VITAL

La Atención Médica de Urgencia o secuela funcional grave, podrá proporcionarse, como primera atención, en cualquier establecimiento sanitario del país, de preferencia de la Red del SISAE.

La bonificación derivada de una Atención Médica de Urgencia o Emergencia Vital deberá ser aprobada con posterioridad, por la respectiva contraloría de salud, sobre la base de la correspondiente calificación médica.

DIFERENCIA ARANCELARIA

Resulta ser igual, a la diferencia, entre el valor del arancel institucional que sirve de base de cálculo para determinar la cobertura legal de salud, respecto del arancel instalación, el cual incluye, los costos propios de la prestación de los servicios de salud, inherentes a la realidad de cada prestador de salud; diferencia que debe ser de cargo, de los propios beneficiarios.

La diferencia arancelaria, fue adoptada conforme a lo previsto, en el artículo N.º 33 letra f), de la ley N.º 19.465 de Salud de las Fuerzas Armadas, norma jurídica que sustenta los Actos Administrativos que dieron origen a los documentos ejecutivos de la época que establecieron la citada diferencia y que, a la vez, la fijan y la regulan; siendo ratificada, la aplicación de la normativa ya precitada por la Contraloría General de la República (CGR), mediante los Dictámenes N.ºs: 94.814 de fecha 04DIC2014 y 39.977 de fecha 19MAY2015, respectivamente.

En razón de lo anterior, a partir del 29DIC2023, entró en vigencia la ya mencionada diferencia arancelaria, la que se aplicará a las prestaciones de salud otorgadas por los prestadores del extrasistema a lo largo del país, siguiendo para ello, los procedimientos establecidos en la Resolución DIVSAL ASEJUR (R) N.º 11000/350000/10321/9094/ EXENTA de fecha 28NOV2023, modificada por la Resolución DIVSAL ASEJUR (R) N.º 1000/350000/10503/9174/EXENTA de fecha 01DIC2023