

SALUD

¿Qué opciones tiene un trabajador para cubrir sus prestaciones de salud?

El trabajador tiene la posibilidad de optar por Fonasa o alguna Isapre.

¿Cuándo cotiza para salud un trabajador?

El trabajador cotiza como mínimo un 7% de su remuneración o renta imponible, la que estará exenta de impuesto hasta por un valor máximo equivalente a 4,2 UF, consideradas éstas al valor del último día del mes anterior al pago de la cotización correspondiente.

¿Quiénes tienen la calidad de beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud?

- Todos los afiliados
- Los causantes de asignación familiar de los trabajadores dependientes, activos y pasivos.
- Las personas que en su relación con un imponente independiente o voluntario acrediten los requisitos exigidos para ser causantes de asignación familiar.
- La mujer embarazada y los niños menores de 6 años, para efectos de las prestaciones materno infantil.
- Las personas carentes de recursos e indigentes.
- Aquellos que gocen de una Pensión Asistencial.
- Los menores de 18 años que sean causantes de subsidio familiar de acuerdo a la ley.

¿Cómo se acredita la calidad de beneficiario?

Los trabajadores dependientes y pensionados que gocen de los beneficios que otorga la ley, deberán tener una credencial de salud, la cual acredita su calidad de beneficiario.

Los beneficiarios de pensión asistencial, los beneficiarios de subsidios de cesantía, los causantes de subsidio familiar y los indigentes, acreditarán dicha calidad con sus respectivos comprobantes de pago, continuas o discontinuas, dentro del último año.

¿Cómo se produce la incorporación al Régimen Estatal de prestaciones de salud?

Para los trabajadores dependientes la incorporación se produce automáticamente al firmar su contrato de trabajo.

¿Cómo se produce la incorporación a una institución de salud previsual (Isapre)?

Los trabajadores que decidan aportar su cotización de salud a una institución de salud previsual, deben suscribir con ella un contrato individual de salud por un mínimo de doce meses, en el cual convienen libremente el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones para las prestaciones y beneficios.

En dichas prestaciones y beneficios, la Isapre sustituye al Fondo Nacional de Salud, de modo que éste sólo autorizará la atención de Medicina Curativa en casos de ausencias o insuficiencias en esa especialidad. Si ocurre tal caso, el Fondo Nacional de Salud cobrará a la Isapre correspondiente, la parte bonificada.

Los montos de las prestaciones de Medicina Preventiva y de Subsidios de Incapacidad Laboral, no pueden ser inferiores a los otorgados por la ley. Los reclamos al respecto deben presentarse a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), la cual resuelve en única instancia.

¿Puede ser desahuciado el contrato de salud suscrito con una Isapre?

Sí. Este puede ser desahuciado por el beneficiario con un aviso de 30 días de anticipación. En este caso, el beneficiario vuelve al régimen general de prestaciones y beneficios del Fondo Nacional de Salud o se incorpora a otra Isapre.

La Isapre sólo puede desahuciar el contrato por incumplimiento del cotizante.

El afiliado puede apelar ante la Superintendencia de Isapres, en caso que esté en desacuerdo con el con el desahucio de su contrato, entidad que determinará si corresponde o no.

Estos contratos son pactados por un mínimo de doce meses y su vigencia se entiende prorrogada automáticamente, si el cotizante está en situación de incapacidad laboral al día del

Corporación Municipal de Desarrollo Social de Iquique

vencimiento, o por el tiempo que dure la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

¿Cómo se clasifican los afiliados afectos a Fonasa para credencial de salud?

Los afiliados se clasifican según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo Monto del Ingreso

A Carentes de recursos o Indigentes

B Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$144.000

C Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$144.000 y Menor o igual a \$210.240. Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo B

D Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$210.240. Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C

El porcentaje a pagar por las prestaciones médicas en un hospital dependerá del grupo en el cual quede incluido el afiliado.

Grupo A y B = 0%

Grupo C = 10%

Grupo D = 20%

Porcentajes en relación al nivel 1 de Fonasa

El Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere la ley, en un porcentaje del valor del arancel fijado. De este modo, dicho porcentaje cubrirá el valor total de las prestaciones en los grupos A y B y no podrá ser inferior al 90% respecto del grupo C, ni al 80% respecto del grupo D.

La atención del parto tendrá una contribución del 90% para el grupo C y un 80% para el grupo D.

En la modalidad de Libre Elección, el Estado sólo bonifica hasta el 50% de las prestaciones, a excepción de las atenciones por parto, que se bonifican con un 75%.

¿Pueden solicitar préstamos médicos los afiliados al Régimen Estatal de Prestaciones de Salud?

Sí, los afiliados podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud el otorgamiento de préstamos médicos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos requieran.

¿Cómo solicitar el préstamo?

Para solicitar el préstamo se debe:

- Llenar la solicitud de préstamo médico.
- Presentar el programa médico valorizado.
- Presentar la credencial de salud del solicitante.
- Presentar Cédula de Identidad con dígito verificador, y
- En el caso de los trabajadores independientes, presentar las 12 últimas planillas de cotizaciones pagadas.

¿Cómo se pagan los préstamos médicos?

Son pagados a través del descuento que debe hacer el empleador cuando se trate de afiliados dependientes o las instituciones de previsión correspondientes a los pensionados y directamente, cuando se trate de imponentes voluntarios o trabajadores independientes.

¿Qué requisitos debe cumplir el trabajador dependiente para tener derecho a subsidio por incapacidad laboral?

- Obtener una Licencia Médica autorizada
- Tener 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia.
- Haber enterado, al menos, seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 12 meses de afiliación previsional, anteriores al mes en que se inició la licencia.
- Estar al día en el pago de las cotizaciones. Se considerará al día al trabajador independiente que hubiera pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquel en que se comience a gozar de la licencia.

¿Dónde debe presentar el trabajador la licencia médica y en qué plazo?

El trabajador dependiente debe presentar al empleador la licencia médica, debidamente firmada por el profesional respectivo, dentro del plazo de dos días hábiles desde la fecha de su inicio, si se trata de trabajadores del sector privado y de tres días hábiles, si son trabajadores del sector público.

El empleador debe completar, firmar y enviar el formulario para su autorización a la Isapre o al Servicio de Salud que corresponda, en el plazo de dos días hábiles contados desde la fecha en que él recibió la licencia.

El trabajador independiente debe presentar el Formulario de Licencia Médica para su autorización a la Isapre de Salud más cercano a su domicilio, dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la licencia, siempre que esté dentro del periodo de su vigencia. Para respaldar la licencia el trabajador deberá solicitar a la AFP un Certificado de Afiliación y uno de las doce últimas cotizaciones.

¿A quién puede reclamar el afiliado si le rechazan la licencia?

En caso de rechazo de una licencia o rebaja en el número de días, el trabajador puede apelar al Compín, si es afiliado de una Isapre, y al Jefe del Servicio de Salud si es afiliado de Fonasa. El reclamo debe hacerlo dentro del plazo de 15 días hábiles desde la fecha del rechazo o pago del subsidio.