Anexo 2

REGLAMENTO DE BONIFICACIONES DE SALUD

I. CAPITULO PRIMERO: MODALIDAD DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE OTORGAMIENTO DE BONIFICACIONES DE SALUD

1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Aguas Andinas, directamente o a través de un seguro de salud u otro sistema similar contratado con terceros, reembolsará las prestaciones no cubiertas por la institución de salud previsional en la que esté afiliado el trabajador/a y sus cargas. Aguas Andinas reembolsará un porcentaje de los gastos incurridos hasta los límites de las Coberturas de Salud y Asistencia Dental detalladas en el Capítulo Segundo del presente Anexo.

Tienen derecho a este beneficio los trabajadores/as parte de este contrato colectivo. Son también beneficiarios los familiares dependientes del Trabajador/a considerándose como tales a la cónyuge y los hijos, siempre que éstos sean carga de familia reconocidas por la caja de compensación respectiva.

2. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

Aguas Andinas sólo reembolsará hasta el monto máximo por periodo de acumulación que se establece en las coberturas detalladas en el Capítulo Segundo, por los gastos incurridos por un beneficiario a causa de una o más incapacidades.

3. MECANISMO DE OPERACIÓN DE LAS BONIFICACIONES

a) Aviso de Siniestro
Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la cobertura convenida, el trabajador/a deberá informarlo a Aguas Andinas dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, o, en su caso, desde la fecha de facturación, en el formulario especial que Aguas Andinas facilitará al efecto, con la información que en él se exija.

b) Mecanismo de Reembolso
Los reembolsos se realizarán en las oficinas centrales y periféricas de Aguas Andinas en plazos inferiores a 10 días hábiles.

c) Documentos requeridos para gastos ambulatorios

- Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente completado y firmado por el beneficiario.

- Bono original cliente timbrado por la institución de salud o comprobante de reembolso original cliente y fotocopia de boleta o factura.

En caso que la prestación no sea bonificada por la institución de salud respectiva, la boleta o factura deberá llevar el timbre de la institución de salud que indique que dicha prestación no fue bonificada.

d) Documentos requeridos para gastos de hospitalización

- Formulario de solicitud del reembolso debidamente completado y firmado por el beneficiario.
- Bono o documento de reembolso de la institución de salud por honorarios médicos.
- Boleta de honorarios médicos por la diferencia no cubierta y/o programa médico.
- Documento de reembolso de la institución de salud por gastos de hospitalización y/o programa médico con los respectivos bono prefactura o desglose del detalle de gastos incurridos durante la hospitalización (hoja computacional entregada por la clínica u hospital).
- Factura emitida por la clínica u hospital u otros establecimientos de salud, para el reembolso de diferencias no cubiertas por la institución de salud.

e) Documentos requeridos para el reembolso de medicamentos

El trabajador/a deberá ceñirse al procedimiento que se establezca respecto de esta materia. El monto no bonificado será informado, por la farmacia, al Área de Bienestar, para realizar los descuentos correspondientes en la liquidación de remuneraciones del trabajador/a respectivo.

En caso de farmacias que no estén incorporadas en la red de farmacias en contrato el trabajador/a deberá presentar los siguientes documentos:

- Formulario de solicitud del reembolso debidamente completado y firmado por el beneficiario.
- Receta original con el nombre del paciente, medicamentos, fecha de emisión, firma y timbre del médico. En caso de medicamentos recetados a permanencia, la receta se deberá renovar cada seis meses. Se deberá adjuntar la receta original a la primera solicitud de reembolso y en los cobros posteriores se deberá adjuntar una fotocopia timbrada por la farmacia, junto con la boleta de venta.
- Boleta original con el desglose de medicamentos.
- Timbre de la farmacia.

No se reembolsarán gastos de farmacia por concepto de: Homeopatía, filtros solares, sustitutos alimenticios, insumos ambulatorios no asociados a cirugía ambulatoria, jabones o champús especiales, cremas y lociones faciales, no obstante, estos gastos sólo serán cubiertos cuando sean recetados por médicos del Colegio Médico, con un informe del médico tratante, en el cual se dictamine su uso para la curación de una

patología y que el producto contenga en su elaboración productos medicamentosos.

Asimismo, no se reembolsarán gastos de farmacia por concepto de anticonceptivos.

Tampoco se reembolsarán tratamientos para adelgazar, no obstante, sólo serán cubiertos los tratamientos de obesidad mórbida, para lo cual deberá ingresar un certificado del médico en que se detalla el peso y la talla del paciente. Estos antecedentes, se evalúan según los parámetros asignados para el cálculo médico de obesidad mórbida.

f) Documentos requeridos para el reembolso de lentes ópticos

- Formulario de solicitud de reembolso debidamente completado y firmado por el beneficiario.
- Receta oftalmológica
- Presupuesto detallando valor de marcos y cristales
- Boleta de la óptica en caso de no ser reembolsada por la institución de salud (timbrada “No reembolso”).

g) Documentos requeridos para el reembolso de tratamiento kinesiológico o similar

- Formulario de solicitud del reembolso debidamente completado y firmado por el beneficiario.
- Fotocopia de orden médica.
- Bono de atención o documento de reembolso efectuado por la institución de salud.

h) Documentos requeridos para el reembolso de atenciones de urgencia

No es imprescindible que el médico complete el formulario de reembolso. Sólo debe ser llenado por el asegurado titular y adjuntar algún comprobante que especifique que fue atención de emergencia.

i) Información para el uso de las bonificaciones

La Empresa se compromete a entregar el material necesario para dar a conocer y difundir el presente régimen de prestaciones, para lograr un aprovechamiento integral por parte de los trabajadores/as.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas para estas bonificaciones son las siguientes:

4.1. BONIFICACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

Se reembolsarán los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del beneficiario sólo en la proporción y hasta la suma máxima por cada hospitalización que se indique en las coberturas indicadas en el Capitulo Segundo originada por cualquiera de las siguientes causas:

a) **Días Cama Hospitalización:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al beneficiario durante su hospitalización.
b) **Servicios Hospitalarios:** Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al beneficiario durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.
c) **Honorarios Médicos Quirúrgicos:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al beneficiario.
d) **Cirugía Dental por accidente:** El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que estas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
e) **Servicio privado de enfermería profesional** durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
f) **Servicio de ambulancia terrestre** para conducir al beneficiario desde y hacia un establecimiento de salud local, dentro del radio de 180 Kms.
g) **Obesidad mórbida: siempre que cumpla la carencia de 36 meses.**

4.2 CIRUGÍA AMBULATORIA

Si el beneficiario sufriera una incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un establecimiento de salud, Aguas Andinas reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo por cada incapacidad que se indique en la Cobertura de Salud contemplada en el Capítulo Segundo, los gastos en que se incurra por concepto de los servicios suministrados por el establecimiento de salud, descritos en la letra b) del punto 4.1. anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

4.3. MATERNIDAD

Aguas Andinas reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema previsional de salud del beneficiario provenientes de hospitalizaciones, exámenes de laboratorio, procedimientos especiales, derecho de pabellón incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios de médicos o matronas, en que incurra un beneficiario, que tenga la calidad de trabajador/a o cónyuge y el recién nacido como consecuencia del embarazo, parto y nacimiento. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del mismo, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o eutópico y cualquier patología inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal y postnatal.

La fecha de concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el beneficiario que se aplica. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y Aguas Andinas sólo reembolsará el porcentaje y hasta el tope indicado para esta cobertura en el Capítulo Segundo. La parte que exceda de dicho tope no se entenderá cubierta por Aguas Andinas

Cualquier embarazo deberá ser notificado expresamente a Aguas Andinas, tan pronto se certifique el estado de embarazo.

4.4. BONIFICACIONES POR PRESTACIONES AMBULATORIAS

Aguas Andinas reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema previsional de salud de los beneficiarios, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización en un establecimiento de salud, efectuadas o prescritas por un médico tratante, sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado para cada prestación en el Capitulo Segundo.

También estarán cubiertos por este beneficio los aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos en la medida que estén expresamente indicados en el Capitulo Segundo.

5. EXCLUSIONES

- Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente o necesarios 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 la cobertura.
- Tratamiento de esterilidad y anticonceptivos.
- Tratamiento por obesidad hasta IMC 35 inclusive.
- Alimentos, aunque sean con fines terapéuticos.
- Tratamientos secundarios a patologías o complicaciones producto de cirugías con fines estéticos.
- Cirugía ocular, para corrección de miopía, presbicia o astigmatismo, Salvo los casos en los casos en los cuales la dioptría sea mayor a 1.5, en cuyo caso la cobertura será de 80% con tope de U.F. 40 anuales.
- Gastos médicos en el extranjero, que no sean producto de una emergencia durante el viaje.
- Gastos médicos en el extranjero, sin la visación previa de Aguas Andinas, en caso de tratarse de prestaciones médicas programadas.
- Cuidados y tratamientos dentales, salvo los estipulados en el presente Reglamento.
- Cirugía plástica o estética, a excepción de accidente o consecuencia de éste, si está estipulado en el Reglamento.
- Tratamientos de infertilidad.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.

- Epidemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud.
- Gastos por acompañantes, (mientras el asegurado se encuentra hospitalizado), incluyendo alojamiento y comida.
- Enfermedades derivadas de la ocupación del trabajador/a que se encuentren cubiertas por la legislación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Lesiones auto inferidas estando o no en uso de sus facultades mentales.

Lesión o enfermedad causada por insurrección, rebelión, guerra externa o interna declarada, conmoción civil, participación voluntaria en motín, huelgas, etc.

II CAPITULO SEGUNDO: COBERTURAS DE SALUD

Bonificaciones Ambulatorias:

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U.F. ANUAL
Consultas médicas	70%	Sin tope
Exámenes de diagnóstico (Laboratorio clínico, Imagenología, Anatomía Patológica)	80%	Sin tope
Mamografía	80%	2,00
Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico	80%	Sin tope
Cirugía ambulatoria e insumos ambulatorios	100%	20,00
Excedente cirugía ambulatoria e insumos ambulatorios.	80%	Sin tope
Kinesiterapia y/o fonoaudiología (20 sesiones al año)	80%	20,00
Medicamentos ambulatorios	50%	15,00
Ambulancia	75%	5,00

Bonificaciones por hospitalización:

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U.F. ANUAL
Día cama hasta 30 días	100%	3,00 diarias
Día cama desde el día 31	80%	3,00 diarias
Servicios hospitalarios y UTI/UCI	100%	3,00 diarias máx. 15,00 por evento
Excedentes de servicios hospitalarios y UTI/UCI	80%	Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos	100%	15,00 por evento

Excedentes de honorarios médicos quirúrgicos	80%	Sin tope

Bonificaciones por maternidad: Tope anual UF 25,00

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U. F. ANUAL
Parto normal	100%	15,00
Operación cesárea	100%	20,00
Aborto no voluntario (espontáneo)	100%	5,00
Complicaciones del embarazo	100%	15,00

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: Tope anual UF 21,00

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U. F. ANUAL
Consulta psiquiátrica y/o psicológica	80%	2,00 sesión
Hospitalización psiquiátrica y consulta psiquiátrica hospitalaria (incluye tratamiento por drogadicción o alcoholismo) en establecimientos autorizados por la autoridad sanitaria.	80%	20,00 anual

Extensión de bonificaciones:

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U.F. ANUAL
Prótesis	80%	18,00
Ortesis	80%	18,00
Aparatos auditivos	80%	15,00
Marcos, cristales ópticos y lentes de contacto	80%	8,00
Aparatos ortopédicos, sillas de ruedas	80%	18,00

Monto máximo anual por beneficiario **U. F. 345**

Observaciones:

a) El porcentaje de reembolso se aplicará al saldo de las prestaciones no cubiertas por la entidad de salud respectiva.

b) En caso de que las prestaciones médicas ofrecidas o gastos no estén cubiertos por la entidad de salud respectiva a la cual el beneficiario esté afiliado por Ley, se reembolsará el porcentaje del 50% del gasto total hasta los topes indicados en cada cobertura. Se excluyen de esta norma los medicamentos ambulatorios y el tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, los cuales se cubrirán en los porcentajes y topes descritos en este Capítulo, en el cuadro de Coberturas de Salud,

c) Para la incorporación de nuevos trabajadores/as a este beneficio, Aguas Andinas se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura de las patologías preexistentes en forma unilateral.

d) Las nuevas incorporaciones que ingresen al sistema de bonificaciones de salud deberán completar “Solicitud de incorporación al Beneficio” y “Declaración Personal de Salud”.

e) Los topes de cobertura se considerarán por cada beneficiario, entendiéndose tales el trabajador/a y sus cargas. Para los fines del tope por medicamentos se considerará el tope familiar, esto es la suma de los topes de los respectivos beneficiarios componentes del grupo familiar. De este modo, un beneficiario podrá sobrepasar su tope individual, si el tope familiar respectivo tiene disponibilidad.

Cobertura de Asistencia Dental:

COBERTURAS	% REEMB.	TOPE U.F. ANUAL
Consulta dental	90%	Sin tope
Cirugía dental	90%	Sin tope
Prótesis fijas y/o removibles (*)	90%	Sin tope
Ortodoncia	90%	Sin tope
Endodoncia	90%	Sin tope
Exámenes y procedimientos	90%	Sin tope
Insumos y procedimientos	90%	Sin tope

Monto máximo anual por beneficiario **U. F. 20,00**

Observaciones:

a) Para la incorporación de nuevos trabajadores/as a estos beneficios Aguas Andinas se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura de las patologías preexistentes en forma unilateral.

b) Las nuevas incorporaciones que ingresen al beneficio deberán entregar la Solicitud de incorporación correspondiente y la declaración personal de Salud respectiva.

c) Las nuevas incorporaciones tendrán una carencia de tres meses desde su incorporación al beneficio.

III CAPITULO TERCERO: PREEXISTENCIAS

Se entenderán comprendidas dentro de las prestaciones cubiertas por la Empresa en virtud de lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Cuarta del Contrato Colectivo aquellas

patologías cubiertas en el actual contrato, que hubiesen sido conocidas por el beneficiario con anterioridad al primero de octubre del año 2023 y que, por lo tanto, pueden ser consideradas como preexistentes.

Para la incorporación de nuevos trabajadores/as a los beneficios establecidos en este anexo, con posterioridad al primero de octubre de 2023 la Empresa se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura de las patologías preexistentes en forma unilateral.