



SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
SERVICIO DE BIENESTAR

# NORMAS Y PROCEDIMIENTOS 2017

## SERVICIO DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

## SERVICIO SALUD M. CENTRAL



*Servicio de Bienestar y Calidad de Vida Servicio de Salud Metropolitano Central  
Merced N°280, 2º piso Fono 25746986- Red Minsal 246986*

[bienestar.ssmc@redsalud.gov.cl](mailto:bienestar.ssmc@redsalud.gov.cl)



Servicio de Bienestar SSMC

***Estimados Funcionarios y Funcionarias afiliadas al Servicio de Bienestar de la Red SSMC***

*Al dar inicio al año 2017, el Consejo Administrativo quiere brindar un afectuoso saludo a todas /os sus afiliados/as de nuestros 15 establecimientos que conforman la Red de Salud SSMC, y agradecer su permanente fidelidad. Actualmente conformamos un grupo de 5170 funcionarios/as afiliados que, con sus respectivas cargas familiares, suman alrededor de 12.000 beneficiarios del sistema.*

*Como principal objetivo nos hemos planteado contribuir a la Calidad de Vida de las personas, esperamos que todas las acciones implementadas sean un real aporte, velando por la satisfacción de los intereses y necesidades más sentidas manifestadas por nuestra comunidad funcionaria anualmente*

*El presente documento tiene como objetivo brindar información adecuada y oportuna, para el correcto uso de los beneficios reglamentarios, sus topes anuales por afiliado o Grupo familiar, sus requisitos y documentos requeridos para la obtención de cada uno de ellos, basado en Reglamento de los Servicios de Bienestar, Decreto Supremo 28, y D.S N° 180 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, como también el marco presupuestario aprobado anualmente por la Superintendencia de Seguridad Social*

*Esperando que este documento sea de su ayuda, le saluda cordialmente.*

***Sra. Ilse Jeldres Flores***

***Jefa Servicio de Bienestar y Calidad de Vida***

BENEFICIOS MEDICOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
<p><b>Consultas Médicas</b></p>	<p><b>\$75.000</b></p> <p>50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Copias de Bono Fonasa, Isapre, Boletas de Honorarios y comprobante de recaudación, con timbre de Caja, con identificación del Afiliado o carga Familiar reconocida y del profesional que otorga la atención, o del establecimiento de salud correspondiente.</p> <p>En el caso de reembolso por internet, el Bono reembolso deberá contar con timbre de Isapre, más código verificador.</p>
<p><b>Hospitalización</b></p>	<p><b>\$140.000</b></p> <p>50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Copias de Programas, Bonos de Atención Fonasa o Isapre, Boletas de Honorarios, Facturas con identificación del usuario e institución que otorga la atención. Detalle de prestaciones del evento de hospitalización.</p> <p>Se cancelará como un evento con tope asignado, para todas las prestaciones que incluya la hospitalización. Derecho a Pabellón, Días Camas, Honorarios Profesionales. Insumos. Traslados. Arsenalera. Medicamentos, Exámenes.</p> <p>La atención en un Servicio de Urgencia NO se considerara hospitalización.</p>
<p><b>Exámenes</b></p>	<p><b>\$90.000</b></p> <p>50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Se cancelarán Exámenes: Laboratorio, Rayos, Histopatológicos, Especializados.</p> <p>Copias de Bono Fonasa, Isapre, Boletas de Honorarios, y comprobante de recaudación. Facturas o Programas de Atención timbrados por la Institución Pertinente.</p> <p>En el caso de reembolso por internet, el Bono reembolso deberá contar con timbre de Isapre, mas código verificador.</p> <p>No se cancelarán exámenes no codificados por Fonasa.</p>



BENEFICIOS MEDICOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
Atención Odontológica	<p style="text-align: center;"><b>\$170.000</b></p> <p style="text-align: center;">50% del valor</p>	<p>Comprobante de recaudación en caso de atención institucional, con identificación del paciente, fecha de atención, prestaciones otorgadas y monto cancelado.</p> <p>Boleta de honorarios o factura con identificación del usuario y del profesional tratante (nombre, Rut y firma), indicando detalle de las prestaciones, fecha de atención y monto cancelado.</p> <p>Visación Dentista Contralor (correspondiente a su establecimiento) en caso boletas honorarios privadas, con tratamiento finalizado.</p> <p>En caso de boletas de ventas o servicios de Centros Odontológicos deberán acreditar nombre, fecha y Rut del paciente y el Rut de la Institución odontológica</p>
Tratamiento de Especialidad	<p style="text-align: center;"><b>\$125.000</b></p> <p style="text-align: center;">50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Se bonificará del valor cancelado por el afiliado en tratamientos especializados realizados por personal médico pertinente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonos de atención y/o programas Fonasa, Isapre, boletas de honorarios, facturas, con identificación del paciente, del profesional o institución que otorga las siguientes prestaciones o de reembolso por internet, el Bono reembolso deberá contar con timbre de Isapre, más código verificador.</li> <li>• Terapia Ocupacional,</li> <li>• Kinesioterapia (derivado por médico Traumatólogo, Fisiatra, Pediatra, Broncopulmonar)</li> <li>• Oncología (Quimioterapia,</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Cámara Hiperbárica),</li> <li>• Psicología,</li> <li>• Psiquiatría,</li> <li>• Fonoaudiología,</li> <li>• Psicopedagogía, (deberá ser indicada por escrito por medico Neurólogo</li> <li>• Fleboesclerosis</li> </ul>



BENEFICIOS MEDICOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
<p><b>Tratamiento de Especialidad</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemodiálisis</li> <li>• Yeso</li> <li>• Rehabilitación de Drogas</li> <li>• Diálisis</li> <li>• Nutriólogo</li> <li>• Oxigenoterapia</li> <li>• Fertilización Asistida</li> <li>• Podología (solo con certificado médico que acredite Diabetes)</li> <li>• Tratamiento Paliativo del dolor</li> <li>• Tratamiento de medicina complementaria realizado por médico alópata.</li> </ul>
<p><b>Tratamiento de la Especialidad Catastrófico</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>\$ 240.000</b></p> <p>50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Informe médico con especificaciones de diagnóstico y pronóstico.</p> <p>Informe socio-económico del Asistente Social del personal del establecimiento con vista domiciliaria.</p> <p>*Por una sola vez al grupo familiar en cualquiera de las prestaciones de Oncología o Prótesis de Cadera u otras enfermedades declaradas catastróficas por informe médico y aprobación del Consejo Administrativo.</p>



BENEFICIOS MEDICOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
<b>Medicamentos</b>	<p style="text-align: center;"><b>\$150.000</b></p> <p>50% del valor cancelado por el afiliado</p>	<p>Las recetas médicas original o electrónica deben contemplar el nombre del afiliado o su carga familiar reconocida, la fecha, el nombre del medicamento y cantidad de cajas y la identificación del Profesional con Nombre completo, Rut, o Timbre (Recetas de medicamentos, exámenes, derivaciones entre otras)</p> <p>Boleta o factura original, timbrados junto a receta por farmacia o laboratorio farmacéuticos, donde se realizó la compra, indicando detalle de los medicamentos adquiridos.</p> <p>Solo en caso de receta retenida se aceptará fotocopia con timbre de %receta retenida+ de farmacia o certificación Químico farmacéutico de la misma.</p> <p>Medicamentos Dermatológicos solo serán reembolsados con receta del profesional de la especialidad <b>ÍDermatólogoÍ</b>, <b>exceptuando los menores de 5 años, o recetados por médicos de las Unidades de Salud del Trabajador (UST) de los establecimientos de la Red SSMC.</b></p> <p>El uso de medicamentos será consignado en la receta por médico tratante, señalando el número de cajas o de frascos prescritos, timbrando entre ambas boleta y receta.</p> <p>Los medicamentos homeópatas deberán ser recetados por médicos alópatas.</p>
<b>Lentes Ópticos</b>	<p style="text-align: center;"><b>\$70.000</b></p> <p>100% del valor</p>	<p>Receta médica especialista oftalmólogo o tecnólogo medico con especialidad en Oftalmología.</p> <p>Boleta de venta o factura original o electrónica con código verificador.</p> <p>Una Cotización de óptica en convenio, (en caso de requerir emisión de vales o préstamo médico).</p> <p>Bono o Programa reembolso Isapre o Compañía de Seguros acorde al plan, o Fonasa desde los 55 años de edad, adjuntando fotocopia recetas dejadas en Fonasa o Isapre o Cía. de Seguros.</p>



BENEFICIOS MEDICOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
Reparación de Cristales, Armazón o Lentes de Contacto	<p style="text-align: center;"><b>\$20.000</b></p> <p style="text-align: center;"><b>100% del valor</b></p>	<p>En caso de que no sea bonificado por Régimen de Salud adjuntara receta y boleta original.</p> <p>Boleta de venta o factura que indique %reparación+y nombre del afiliado y/o carga familiar. (cristales, armazón, lente contacto)</p> <p>No serán bonificados los lentes ópticos sin aumento.</p>
Audífonos	<p style="text-align: center;"><b>\$170.000</b></p> <p style="text-align: center;">100% del valor</p>	<p>Receta médica del médico Otorrino</p> <p>Boleta o Factura original o electrónica con dígito verificador.</p> <p>Informe de Audiometría. (fotocopia)</p> <p>Un Presupuesto en caso de requerir vale de convenio</p> <p>Bono o Programa reembolso Isapre o Compañía de Seguros acorde al plan, o Fonasa desde los 55 años, adjuntando fotocopias de boletas y recetas dejadas en Fonasa o Isapre</p>
<b>Aparatos Ortopédicos</b>  <b>A) Ortesis</b>  <b>B) Prótesis</b>	<p style="text-align: center;"><b>\$30.000</b></p> <p style="text-align: center;"><b>\$90.000</b></p> <p>50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del Nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección.</p>	<p>Programa, Bono reembolso Fonasa o Isapre o Compañía de Seguros adjuntando fotocopias de recetas dejadas en Fonasa o Isapre.</p> <p>Boletas de ventas original o digital indicando el producto.</p> <p>Facturas originales con identificación del afiliado.</p> <p>Receta médica del especialista correspondiente.(Traumatólogo, Fisiatra, Terapeuta Ocupacional)</p>



SUBSIDIOS	MONTO ANUAL GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTACION EXIGIDA
<b>Matrimonio</b>	<b>\$60.000</b>	Certificado de Matrimonio Civil original o electrónico con código verificador.
<b>*Acuerdo Unión Civil</b>	<b>\$ 60.000</b>	Certificado de Acuerdo Unión Civil original o electrónico con código verificador.
<b>Nacimiento</b>	<b>\$60.000</b>	Certificado de Nacimiento original o electrónico con código verificador.
<b>Fallecimiento</b>	<b>\$350.000</b>	Certificado de Defunción original o electrónico con código verificador, Decreto Maternal, Certificado recién nacido fallecido.
<b>Catástrofe</b>	<b>\$50.000</b>	Informe de Municipalidad o Profesional de Recursos Físicos del SSMC. Informe Social emitido por Asistente Social del Personal del Establecimiento correspondiente
<b>Incendio</b>	<b>\$50.000</b>	Informe de daños del Cuerpo de Bomberos Informe Social emitido por Asistente Social del Personal del Establecimiento correspondiente.
<b>EDUCACION</b>		
<b>Bono Escolar</b>		
É Prekinder	<b>\$33.000</b>	Certificado de <b>alumno regular</b> extendido por el establecimiento educacional, el cual debe ser reconocido por el Ministerio de Educación.
É Kínder	<b>\$33.000</b>	Se aceptarán Certificados originales o fotocopias simples visadas por el Asistente Social de la Unidad de Bienestar del establecimiento, o digitalizados con código verificador.
É Educación Básica	<b>\$33.000</b>	
É Educación Media	<b>\$36.000</b>	Mínimo 4 semestres para la enseñanza superior
É Educación Superior	<b>\$57.000</b>	Los afiliados pasivos tendrán la responsabilidad de informar semestralmente, al Servicio de Bienestar por medio de un certificado, sus cargas familiares emitidos por su organismo pagador de su pensión
É Educación Superior Funcionario.	<b>\$76.000</b>	





SUBSIDIOS	MONTO ANUAL	DOCUMENTACION EXIGIDA
<b>Premio Excelencia Académica.</b>	<b>\$ 170.000</b>	<p>Certificado de concentración de notas de 1º a 4º medio otorgado por el Establecimiento Educacional correspondiente. Se aceptarán Certificados originales o fotocopias simples visadas por el Asistente Social de la Unidad de Bienestar del establecimiento, o digitalizados con código verificador.</p> <p>Los afiliados pasivos tendrán la responsabilidad de informar semestralmente, al Servicio de Bienestar por medio de un certificado, sus cargas familiares emitidos por su organismo pagador de su pensión.</p> <p><b>Requisito:</b> Nota mínima 6 en cada año de E. Media.</p>
<b>Premio Prueba Selección Universitaria PSU</b>	<b>\$170.000</b>	<p>Documento DEMRE (Departamento de Evaluación, Medición, y Registro Educacional) con código verificador.</p> <p>Los afiliados pasivos tendrán la responsabilidad de informar semestralmente, al Servicio de Bienestar por medio de un certificado, sus cargas familiares emitidos por su organismo pagador de su pensión.</p> <p><b>Requisito:</b> Desde 700 puntos y más en cualquier materia de la Prueba de Selección Universitaria PSU.</p>
<b>Premio Egreso 8º año Básico</b>	<b>\$25.000</b>	<p>Fotocopia u original Certificado de promoción de 8ª E. Básica o fotocopia del Diploma de Enseñanza Básica, visada por el Asistente Social.</p> <p>Los afiliados pasivos tendrán la responsabilidad de informar semestralmente, al Servicio de Bienestar por medio de un certificado, sus cargas familiares emitidos por su organismo pagador de su pensión.</p>



PRESTAMOS	MONTO ANUAL	DOCUMENTACION EXIGIDA
<b>Préstamo Auxilio</b>	<b>\$300.000</b>	<p>Solicitud de Préstamos firmada por el solicitante y 2 afiliados codeudores, todos con disponibilidad de porcentaje de hasta el <b>15%</b> de endeudamiento de su remuneración, certificado otorgado por Unidad de Remuneraciones del establecimiento respectivo.</p> <p>Fotocopia Cedula de Identidad vigente y últimas liquidaciones de sueldo del solicitante y codeudores.</p>
<b>Préstamo Médico</b>	<b>\$300.000</b>	<p>Información por escrito de las causas de la solicitud de préstamo, emitido por Asistente Social del establecimiento.</p>
<b>Préstamo Habitacional</b>	<b>\$500.000</b>	<p>Solo en caso de Préstamo Médico, factura y/o programa, boleta de honorarios de, adquisición de aparatos ortopédicos, lentes ópticos, hospitalización, exámenes.</p> <p>Certificado actualizado de ahorro para la vivienda emitido por Institución Bancaria, Caja de Compensación (Egis) entre otros, o cooperativa en caso de Préstamo habitacional que acredite nombre del afiliado como titular y total de ahorro acumulado.</p> <p>50% del ahorro acumulado por el afiliado con tope de \$300.000 Préstamo Vivienda.</p> <p>Contrato de Préstamo</p>



BENEFICIOS FACULTATIVOS	MONTO ANUAL	DOCUMENTACION EXIGIDA
<p>É <b>Celebración de Navidad</b></p> <p>Adulto</p> <p>Niños</p>	<p><b>\$ 344.000.000</b></p>	<p>Acorde a disponibilidad presupuestaria</p> <p>Proyectos Licitados a través del Portal Mercado Publico</p>
<p>É <b>Actividades Transversales:</b></p> <p>Ceremonias de reconocimiento</p>	<p><b>\$ 136.000.000</b></p>	<p>Todos los antecedentes del desarrollo de las actividades Recreativas, deportivas, Sociales, Culturales se coordinarán a través de los Asistentes Sociales de las Unidades Locales de Bienestar.</p>
<p>É Desvinculación, Ceremonia de Becas, Actividades Deportivas, Recreativas, Culturales, sociales.</p> <p>Proyectos Concursables</p> <p>Espectáculo Masivos entre otros</p>	<p><b>\$ 6.000.000</b></p>	<p>El presupuesto, Valor u aporte será fijado anualmente por el Consejo Administrativo, acorde a disponibilidad presupuestaria e interés manifestado por la Comunidad funcionaria en encuestas de detección anual.</p>
<p>É <b>Aportes económicos a Salas Cuna</b></p>	<p><b>\$ 6.000.000</b></p>	<p>El presupuesto, Valor u aporte será fijado anualmente por el Consejo Administrativo, acorde a disponibilidad presupuestaria e interés manifestado por la Comunidad funcionaria en encuestas de detección anual.</p>



CONVENIOS VIGENTES	EMPRESA	DIRECCION
OPTICAS	Santa Lucia	Agustinas N°802.
	Rotter y Krauss	Ahumada N°324
		Estado N° 273
		Huérfanos N° 669-790
		Todos los Mall
		Local Huérfanos N°669
	Schilling	Mac Iver N°22, 30, 52., 102
		Huérfanos N°795, 963,1049.
		Estado N°219.
		Avenida Providencia 204
		Shopping Los Cobres de Vitacura local B 5
		Apumanque Local 2
		Todos los Mall



## Cartas Ofertas Empresas

- Descuentos se realizarán con la sola presentación de la credencial que lo identifica como funcionario del Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Las nuevas Ofertas en estos rubros serán comunicadas a través de Boletín Bienestar Informa+ oportunamente en la Red SSMC.
- Los valores de entradas, productos y/o servicios serán cancelados por cada funcionario en las respectivas Empresas u Organismos.

EMPRESA	DESCUENTO	OBSERVACIONES
Piscina Parque O'Higgins	Solo en periodo estival consultar por cupos gratuitos para la piscina de los Parques O'Higgins y Quinta Normal	
Pilates QI	10% Sin cancelación de matrícula	Programa de 4 clases Programa de 8 clases Programa de 12 clases
Centro Cultural Gabriela Mistral GAM	Valores preferencias	Carteleras semanales Metro U. Católica
Caja Compensación La Araucana		Beneficios para los funcionarios del SSMC por estar adscritos a esta Caja de Compensación, comunicados a través de Boletín Bienestar Informa
Preuniversitarios UC	Becas de hasta un 60% de descuento para alumnos de 3° medio	
GYM Squash	40% de descuento en Gimnasia e Hidro Gimnasia	Inscribirse solo en local de merced 753, Subterráneo.



## I.- ANTECEDENTES IMPORTANTES SERVICIO DE BIENESTAR SSMC

1. Tanto la afiliación como la desafiliación al Servicio de Bienestar es un acto Voluntario por parte del funcionario/a, quien al momento de solicitar su afiliación **deberá tener contrato vigente**, registrado como tal en el Módulo de Información de Recursos Humanos SIRH.
2. El aporte del afiliado activo corresponderá para el presente año al 1.3% de ingreso imponible para pensiones, más una cuota de incorporación del 1%.
3. El del afiliado pasivo (jubilado) 1% de su/s pensión/es, más el 50% del valor aporte institucional.
4. Para que su carga familiar sea beneficiaria del Servicio de Bienestar, el funcionario deberá declararla en la respectiva Unidad de Recursos Humanos de su establecimiento
5. El afiliado con 1 mes de aportes tiene derecho a reembolso de las prestaciones médicas y con 3 meses a todos los demás beneficios.
6. Una vez afiliado/a, el funcionario deberá velar por cumplir con dicho descuento, comunicando de inmediato tanto a la Unidad de Remuneraciones como Unidad de Bienestar local, la regularización de dicho aporte en caso de no efectuarse el descuento por planilla, ya sea por omisión, o permiso sin goce de remuneraciones. En este último caso el afiliados/a esta obligado/a a cancelar ya sea retroactivamente o mensualmente el pago directo a Bienestar de dicho aporte, y el establecimiento cancelará el aporte institucional por dicho afiliado/a.
7. Todos los beneficios se solicitarán acompañados de una solicitud de beneficios prefoliada, firmada por el Afiliado y el Asistente Social de la Unidad de Bienestar de cada establecimiento.
8. Los Beneficios, valores, topes y documentación de respaldo, son fijados anualmente por acuerdo del Consejo Administrativo, basado en su disponibilidad presupuestaria, y reglamento vigente aprobado por la Superintendencia de Seguridad Social.
9. Se entenderá por %Grupo Familiar+al afiliado y sus cargas familiares reconocidas a través de las Unidades de Recursos Humanos del establecimiento respectivo.
10. La documentación como boletas, facturas, recetas y Voucher deberán ser presentados en original con detalle correspondiente del producto o servicio.



11. Las fotocopias para prestaciones educacionales deberán ser visadas por el Asistente Social de la Unidad de Bienestar del establecimiento con el documento original a la vista.
12. Los funcionarios con permiso sin goce de remuneraciones podrán solicitar sus bonificaciones acontecidas en el período de permiso, siempre que normalicen el pago de sus aportes.
13. Se aceptarán Boletas y Facturas electrónicas que permitan ser validadas en las Unidades Locales/Servicio de Bienestar, a través de código verificador.
14. En el caso de aquellos funcionarios afiliados que hayan sido suspendidos por irregularidades comprobadas por el Consejo Administrativo, las prestaciones acontecidas durante el período de suspensión no serán bonificadas por el Servicio de Bienestar.
15. Los beneficios médicos, incluidos medicamentos, cancelados con los excedentes de Isapre del afiliado, no serán reembolsados.
16. **Las prestaciones tendrán una validéz de seis meses a partir de la fecha que se efectuó la atención médica, o el examen, o la adquisición de medicamentos, para solicitar su reembolso.**



## II.-BENEFICIOS MEDICOS

1. Los subsidios por beneficios médicos se cancelarán con un mes de afiliación al Servicio de Bienestar: Se bonificará un **50% de lo cancelado por el afiliado hasta el 150% del nivel 1 Arancel Fonasa Libre Elección. En aquellas** prestaciones bonificadas por Fonasa e Isapre
2. Solo se bonificarán anticonceptivos recetados con **finés de tratamiento hormonal**, con receta médica fundada.
3. En el caso de Medicina Homeopática solo se bonificarán recetas/boletas/tratamientos otorgadas por Médicos Alópatas.
4. **Las recetas medicas deben contemplar el nombre del afiliado o su carga familiar reconocida, la fecha, el nombre del medicamento y cantidad de cajas o frascos y la identificación del Profesional con Nombre completo, Rut, o Timbre** (Recetas de medicamentos, exámenes, derivaciones entre otras)
5. Se cancelarán solo medicamentos indicados en receta médica, tanto en cantidad de cajas o frascos como en montos.
6. En caso de receta retenida, se aceptará fotocopia de la receta con timbre de la farmacia que indique que se trata de medicamento con receta retenida o la identificación del Encargado de la Farmacia indicándolo.
7. El uso de medicamentos prolongados, será consignado en la receta por médico tratante, señalando el número de cajas prescritas, timbrando cada boleta con la **receta correspondiente, la que tendrá una vigencia de seis meses.**
8. El afiliado deberá reembolsar primero en su régimen previsional de salud Fonasa, Isapre, seguros, u otros.
9. En caso de compra en óptica en Convenio se puede solicitar ~~la~~ **emisión de vale de Bienestar+**, la vigencia de la orden de compra es de 30 días a partir de la fecha de emisión. Sí esta vence, el afiliado podrá solicitar al Servicio de Bienestar una nueva orden para adquirir lentes ópticos, adjuntando la anterior orden para ser anulada.





**10.** Las boletas de Honorarios particulares o facturas por atenciones dentales deberán ser visadas por el dentista contralor del establecimiento, nominado para tal efecto por la Dirección del mismo, una vez finalizado el tratamiento dental, señalando la identificación del odontólogo tratante.

**11.** En el caso de que las atenciones médicas u odontológicas que se realicen en Centros médicos /odontológicos privados, incluidos los realizados en Centros médicos u odontológicos de la Caja de Compensación, las boletas deberán señalar nombre del profesional tratante y el tipo de atención.

Solo ingreso o comprobantes de Recaudación de los servicios de Salud, no requerirán dicha visación.

Se aceptarán bonos, recetas emitidas en Centros médicos o Clínicas con firmas electrónicas del, profesional que otorgó la atención médica, siempre que el documento sea original (membrete)

**12. Se entenderá por Ortesis:** Elementos o aparatos que ayudan o reemplazan la función de un determinado segmento del cuerpo.

**13. Se entenderá por Prótesis:** Una extensión artificial que reemplaza una parte del cuerpo que falta.

**14. En caso del tratamiento de especialidad Catastrófico, se requiere** padecer enfermedad grave certificada por médico, de tratamiento prolongado de altos costos tales como: Quimioterapia, Radioterapia, Cámara Hiperbárica, Prótesis de Cadera.

Será el Consejo Administrativo quien evaluará los documentos presentados, y autorizará o denegará la cancelación del beneficio por medio de votación, se entenderá aprobado el caso por votación mayoritaria de sus integrantes.

Se entregará por una sola vez al año al grupo familiar. Y se requiere la utilización previa de regímenes de salud y seguros.

**15.** La atención de Psicopedagogía deberá ser derivada **por escrito por medico Neurólogo.**

**16.** La atención de Kinesiterapia deberá ser derivada por Medico alópata Traumatólogo, Fisiatra o Broncopulmonar.



### III.-SUBSIDIOS

1. El derecho a cobro por los Subsidios se genera a los tres meses de afiliación al Servicio de Bienestar:
2. En el caso de Bono Escolar, el certificado alumno regular original o fotocopia visado por Asistente Social de la Unidad Local de Bienestar del establecimiento correspondiente, debe indicar: nombre, curso y nivel del estudiante, firma del encargado del establecimiento, timbre del establecimiento y **rol base de datos** y factor Decreto cooperador con el año.
3. En caso de presentar Certificado de Enseñanza Superior el Certificado además deberá indicar la cantidad de semestres que dura la carrera según malla curricular.
4. Subsidio de Matrimonio o Nacimiento y Acuerdo de Unión Civil se cancelará a ambos cónyuges y/o padres si estos son afiliados.
5. En caso de Nacimientos múltiples se cancelarán hasta 2 subsidios a ambos padres si estos son afiliados.
6. Los mortinatos se cancelarán a partir del 5º mes de embarazo. El embarazo debe estar notificado y registrado en sistema de la unidad de personal del respectivo establecimiento.
7. En el caso del fallecimiento del afiliado/a, este subsidio se cancela según el siguiente orden de precedencia:
  - a) A la persona designada para tales efectos por el afiliado/a por escrito y firmado con N° de Rut.
  - b) Al cónyuge sobreviviente
  - c) A los hijos
  - d) A los padres
  - e) Hermanos
  - f) A la persona que acredite haber solventado los gastos del funeral



## IV.-PRESTAMOS

1. Los Préstamos podrán ser solicitados a lo menos con tres meses de afiliación al Servicio de Bienestar.
2. Tendrán un interés anual de un 4%.
3. Tanto el afiliado solicitante **como sus codeudores** no podrán superar el 15% de descuento su remuneración imponible.
4. Los préstamos de Auxilio deberán ser cancelados íntegramente antes de solicitarlo nuevamente se otorgará acorde a cumplimiento de requisitos.
5. Los préstamos de Auxilio y Médicos se descontarán de 1 a 10 meses, lo cual deberá ser indicado en la solicitud de préstamo.
6. Los Préstamos Médicos se otorgarán para financiar diferencias de gastos por adquisición, de aparatos ortopédicos, lentes ópticos, hospitalización, exámenes efectivamente realizados.
7. En caso de fallecimiento del afiliado, se aplicará seguro de desgravamen quedado saldada su deuda
8. En caso de adquirir lentes ópticos a través de Vales de Ópticas en Convenio, el préstamo será emitido a través de Vale.
9. En el caso de los Préstamos Habitacionales se descontarán de 1 a 36 meses lo cual deberá ser indicado en la solicitud y en el Contrato de Préstamo Habitacional.
10. Los Préstamos Habitacionales se otorgarán por una vez, con el objeto de completar ahorro para la adquisición de vivienda.

\*\*\*\*\*



*Servicio de Bienestar y Calidad de Vida Servicio de Salud Metropolitano Central  
Merced N°280, 2º piso Fono 25746986- Red Minsal 246986  
[bienestar.ssmc@redsalud.gov.cl](mailto:bienestar.ssmc@redsalud.gov.cl)*



*Servicio de Bienestar SSMC*