

## INSTRUCTIVO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DIGITALIZADOS PARA EL COBRO DE BENEFICIOS, SUBSIDIOS Y PRÉSTAMOS

### SERVICIO DE BIENESTAR SS MAGALLANES

El Servicio de Bienestar del Servicio de Salud, podrá otorgar **bonificaciones de carácter médico** a sus afiliados y cargas familiares, en la medida que sus recursos lo permitan. **(Ítems y topes establecidos en la tabla de beneficios anual, (se adjunta Manual de Procedimiento, tabla vigente año 2020 y formularios correspondientes).**

En el contexto de los efectos derivados de la contingencia sanitaria en curso a causa del COVID – 19, y con la finalidad de resguardar la salud de las personas en general, evitando contactos innecesarios en los equipos de trabajo y entre los funcionarios/as y afiliados/as al Servicio de Bienestar, se ha estimado adoptar la medida de recepcionar los documentos digitalizados a través de correo electrónico.

#### PROCEDIMIENTO ENTREGA DE BENEFICIOS MÉDICOS:

- Se deben presentar los documentos, escaneados o por foto.
- Los documentos deben estar legibles en tamaño completo.
- Si el documento está dañado, mal escaneado o es erróneo no se procederá a su gestión y se informará por correo electrónico.
- Los archivos adjuntos no podrán pesar más de 14 MB, ya que el correo electrónico permite esa capacidad como máximo.
- Una vez verificados los contenidos adjuntos, se procederá a enviar un acuse de recibo al remitente y se almacenarán los documentos.

#### LOS DOCUMENTOS DIGITALIZADOS DEBEN SER ENVIADOS AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

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



#### CONSULTAS VÍA TELEFÓNICA:

ANEXOS: 611170 – 611121

RED FIJA PÚBLICA: 612291170 - 612291121

## 1. REEMBOLSO BONIFICACIONES MÉDICAS:

Hoja de beneficio con los datos personales, completar señalando Establecimiento, unidad o servicio, fono de contacto, fecha, correo electrónico, Rut, apellidos, nombres y firma.

 <p>Servicio de Salud Magallanes Registro de Imposiciones Ministerio de Salud</p> <p>Servicio de Salud Magallanes Subdirección de G<sup>o</sup> y D<sup>o</sup> de las personas Depto. Calidad de vida Laboral</p>	 <p>Está bien <b>Bienestar</b></p>	
ESTABLECIMIENTO: _____		
UNIDAD O SERVICIO: _____		
CELULAR : _____		
EMAIL: _____		
FECHA: _____		
RUT: _____		
<hr/>		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CARGO: _____	GRADO: _____	TITULAR – CONTRATA
Solicito a la comisión de Bienestar se me otorgue el beneficio de: (Marcar con una X)		
BONIFICACION MEDICA.....		SUBSIDIO: .....
Contemplado en el Reglamento de Bienestar Decreto Supremo N° 29 de 1997, y para lo cual declaro ser imponente y estar al día en el pago de mis imposiciones.		
Tomo conocimiento que la Unidad de Bienestar hará efectivo el pago correspondiente, de acuerdo a la modalidad de recibo de remuneraciones que tengo con el Servicio de Salud (depósito bancario – Pago Cash).		
Como afiliado al S. de Bienestar declaro dar fe que los antecedentes presentados adjuntos a esta solicitud son fidedignos y tomo conocimiento que: el S. de Bienestar puede verificar la validez de éstos y que se encuentra contemplado en el D.S N° 28: "al obtener beneficios económicos valiéndose de documentos o datos falsos, éstos deberán ser reembolsados reajustados en un 100% del interés respectivo dentro de los límites establecidos por la Ley N° 18.010"		
_____		
FIRMA DEL IMPONENTE		

En casos de medicamentos, boleta con su respectiva receta, en la cual debe venir claramente identificado el nombre y Rut del profesional que emite la receta, de puño y letra o timbre.

De acuerdo a reglamentación, considerar antes de presentar documentación:

- No se aceptan boletas enmendadas.
- Ha vencido el plazo de seis meses para solicitar el beneficio.
- Falta identificación del médico en la receta.
- Haber completado el tope en el ítem.
- La fecha de la boleta no tiene relación con la receta.
- Falta fecha en la receta.
- Carga no se encuentra vigente (regularizar en Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas).
- Falta timbre en boleta sin detalle. (Farmacia Estrella).

## 2. SOLICITUD DE PRÉSTAMOS DE AUXILIO, MÉDICOS, HABITACIONAL O ESCOLAR.



El afiliado puede solicitar préstamo, siempre y cuando:

1. La cuota del Préstamo, no exceda el 15% de autorización por descuento por planilla.
2. No tenga cuotas de préstamos pendientes.
3. No tener un préstamo vigente por el mismo ítem.
4. La solicitud se puede realizar una vez que se haya descontado la última cuota del préstamo anterior.

**Ejemplo:** si la cuota última cuota del préstamo vigente es en abril, podrá solicitar un nuevo préstamo para la quincena de mayo.

De acuerdo a reglamentación, debe escanear o enviar foto de:

- Formulario de Préstamo.
- Última liquidación de sueldo.
- Debe especificar monto del préstamo y cuotas (Se revisa el 15%).
- Firma del afiliado.
- Firma de los dos codeudores solidarios, con sus datos respectivos.
- En casos de Préstamos Médicos, habitacionales y escolares presentar documentación de respaldo.

		
ESTABLECIMIENTO: _____		
RUT: _____		
CELULAR: _____		
FECHA: _____		
EMAIL: _____		
_____		
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
DOMICILIO:.....		
En conformidad con el Reglamento, vengo en solicitud que me conceda un Préstamo de AUXILIO - MEDICO - ESCOLAR ; por la suma de: \$..... me comprometo a cancelar el mencionado Préstamo en .....cuotas mensuales, cuyo monto determinará el Consejo Administrativo de Bienestar.		
Autorizo al habilitado del Servicio de Salud para que deduzca de mi sueldo mensual, la suma que corresponde para cubrir íntegramente la deuda al interés contraído con el Servicio de Bienestar.		
Tomo conocimiento que el préstamo, de acuerdo al plazo y al capital prestado, devengará un interés mensual del 2%, para el préstamo de auxilio, el préstamo médico y el préstamo escolar.		
Propongo como codeudores solidarios a dos imponentes de Bienestar que firman conjuntamente ésta solicitud.		
Como afiliado al servicio de Bienestar declaro dar fe que los antecedentes presentados adjunto a esta solicitud son fidedignos, y tomo conocimiento en considerar que el Servicio de Bienestar puede verificar la validez de ellos.		
_____		
FIRMA DEL IMPONENTE		
_____		
FIRMA CODEUDOR		
_____		
FIRMA CODEUDOR		
Nombre: _____	Nombre: _____	
Establecimiento: _____	Establecimiento: _____	
Rut.: _____	Rut.: _____	
_____		
"B" JEFA SERVICIO DE BIENESTAR		

### 3. SOLICITUD BONOS ESCOLARES:

De acuerdo a reglamentación el afiliado debe escanear o enviar foto de:

1. Formulario de Bono escolar con todos los datos solicitados.
2. Certificado de alumno regular año 2020.
3. En caso de cargas familiares mayores de 18 años, (regularizar primero en Gestión y Desarrollo de las Personas de su Establecimiento).
4. Éste beneficio se puede solicitar con 3 meses de afiliación al Servicio de Bienestar.
5. El plazo para solicitar el pago de sus bonos vence el 31.12.2020.

		
ESTABLECIMIENTO: <b>D.S.S.M</b>		
UNIDAD O SERVICIO: _____		
FECHA: _____		
RUT: _____		
<hr/>		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CARGO: _____ GRADO: _____ TITULAR - CONTRATA.		
Solicito al Servicio de Bienestar se me otorgue el beneficio de:		
<b>SUBSIDIO ESCOLAR:</b>		
Contemplado en el Reglamento de Bienestar Decreto 29 de 1997, y para lo cual declaro ser afiliado y estar al día en el pago de mis imposiciones.		
<hr/>		
FIRMA DEL AFILIADO		



### 4. SOLICITUD DE SUBSIDIOS:

De acuerdo a reglamentación el afiliado debe escanear o enviar foto del certificado por los siguientes conceptos:

- Nacimiento
- Matrimonio
- Acuerdo Unión Civil
- Defunción
- Incendio
- **Se completa el mismo formulario para bonificaciones médicas.**


5. PRODECIMIENTOS EN CASO DE OBSERVACIONES EN LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.

Bienestar acusará recibo de correos recibidos, e informará por el mismo medio las observaciones.



## Bienestar te Cuida y Juntos Nos Cuidamos

SE INFORMA QUE SE **SUSPENDE LA ATENCIÓN PRESENCIAL DE OFICINA** UBICADA EN LAUTARO NAVARRO N°820.  
**SOLO ATENCIÓN TELEFÓNICA Y VIA CORREO ELECTRÓNICO.**

  
**ANEXOS: 611170 - 611171 - 611121**

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

