

2018



Catálogo de Convenios y Beneficios



Se presentan a continuación los Beneficios para los afiliados al Servicio de Bienestar año 2018

Servicio de Bienestar
Subsecretaría de las
Culturas y las Artes

Índice de Contenidos

1) ¿Qué es el Servicio de Bienestar?	Pág.2
2) ¿Cómo afiliarse al Servicio de Bienestar?.....	Pág.3
o Aspectos importantes de la afiliación.....	Pág.3
3) Beneficios para los afiliados al Servicio de Bienestar.....	Pág.4
o Plataforma del Servicio Bienestar	Pág.6
4) Seguro Complementario de Salud BCI	Pág.7
o Aplicación Móvil BCI	Pág.8
o Como hacer un buen uso del Seguro	Pág.9
5) Contacto	Pág.10
6) Archivos adjuntos.....	Pág.11
o Formulario Afiliación.....	Pág.11
o Formulario Reembolso	Pág.12

¿Qué es el Servicio de Bienestar de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes?

El Servicio de Bienestar comenzó a operar el 1 de Julio del 2011

¿Cuál es su finalidad?

El objetivo del Servicio de Bienestar es proporcionar a sus afiliados/as y causantes de asignación familiar, en la medida que sus recursos lo permitan, prestaciones sociales y asistenciales y además, prestaciones determinadas en el Reglamento General y Particular, con el propósito de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Nuestra misión es contribuir a mejorar las condiciones de vida de los/as funcionarios/as afiliados/as al Servicio y de sus cargas familiares, en la medida que sus recursos lo permitan, mediante un conjunto de programas, operaciones, actividades y beneficios encaminados a fomentar una mejor calidad de vida del/la afiliado/a y buscando protegerlo a él/ella y su familia de eventuales contingencias y de siniestros imprevistos. Con este fin proporciona ayuda social, médica, económica y cultural – recreativa. Se orienta a la calidad en la entrega de sus servicios a través de la capacitación constante del personal, el uso de tecnologías de vanguardia y la optimización de los recursos.

Nuestra visión es lograr ser un apoyo concreto y efectivo en materias de seguridad y protección social de los/as funcionarios/as afiliados/as al Servicio de Bienestar de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes garantizando calidad de atención, promoviendo la participación activa de la comunidad, integrando los valores de igualdad, respeto a los derechos de las personas, la diversidad cultural y solidaridad.

¿Cómo afiliarse al Servicio de Bienestar?

Para afiliarse, es necesario completar la Solicitud de Afiliación que se encuentra adjunta al final del catálogo o en el siguiente link: [Formulario afiliación](#), la cual debe enviarse al Servicio de Bienestar Plaza Sotomayor #233, Valparaíso, con copia al siguiente correo: diego.krause@cultura.gob.cl

Aspectos Importantes de la afiliación

- ¿Quiénes pueden afiliarse al Servicio?

Pueden afiliarse todos los funcionarios que cumplan con la condición de ser planta o contrata y contratados bajo la modalidad de Código del Trabajo y aquellos que hayan jubilado siendo funcionarios de dicha institución. Los afiliados que dejen de ser funcionarios y que deseen seguir perteneciendo al Servicio de Bienestar como jubilados, podrán manifestarlo por escrito y, desde esa oportunidad y hasta que adquieran dicha calidad, se mantendrán en suspenso sus derechos como afiliados, los que se ejercerán plenamente a contar desde la fecha a partir de la cual se conceda la jubilación, pudiendo percibir retroactivamente los beneficios que correspondan, siempre que efectúen la cotización retroactiva por el período en que se mantuvieron en suspenso sus derechos.

La afiliación y desafiliación al Servicio de Bienestar serán siempre voluntarias y deberán ser solicitadas por escrito al Consejo Administrativo, el que deberá pronunciarse al respecto en la sesión ordinaria siguiente a la fecha de la solicitud

- ¿Cuáles son los descuentos que realizará el Servicio de Bienestar?

En cuanto a los porcentajes de afiliación, la cuota de incorporación es del 1.2%, y el aporte mensual del 1.7%, siendo ambos montos de la remuneración mensual imponible para pensiones. El monto puede estar sujeto a futuras modificaciones según previo acuerdo del Consejo Administrativo.

El afiliado mientras mantenga su calidad de tal no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de cancelar sus cuotas y cumplir con sus demás compromisos para con el Servicio de Bienestar. La circunstancia de encontrarse el afiliado haciendo uso de feriado legal, de permiso con o sin goce de remuneraciones, de licencia médica o cumpliendo una comisión de servicios, no lo exime de las obligaciones de cumplir sus compromisos con el Servicio de Bienestar.

Los afiliados que dejen de pertenecer por cualquier causa al Servicio de Bienestar no tendrán derecho a solicitar la devolución de sus aportes.

Beneficios para los afiliados al Servicio de Bienestar

El Servicio de Bienestar cuenta con beneficios propios y específicos para sus afiliados y se dividen en dos grandes áreas: Los Subsidios Sociales, y los Beneficios Facultativos.

TABLA BENEFICIOS 2018

SUBSIDIOS SOCIALES		
DETALLE	MONTO	ANTECEDENTES A PRESENTAR
Nacimiento o Adopción	\$40.000.-	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitud de Beneficio (web impresa). •Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. •Certificado de Nacimiento o Adopción.
Fallecimiento o Carga	\$50.000.-	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitud de Beneficio (web impresa). •Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. •Certificado de Defunción de la carga familiar.
Educación Pre-Básica, Básica, Media y Superior	\$35.000.-	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitud de Beneficio (web impresa). •Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. •Certificado de alumno regular en original, para el caso de carga familiar debe contar con la Resolución de carga actualizada.
Reembolso Homeopático y/o reembolso dermatológico	\$50.000.- Tope anual.	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitud de Beneficio (web impresa). •Boleta de cancelación en original y receta emitida por el médico tratante.
Ayuda por Catástrofe	\$500.000.- monto máximo anual	<ul style="list-style-type: none"> •Concretar cita con Trabajadora Social. •Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.
Becas de Estudios	\$500.000.- monto máximo anual	<ul style="list-style-type: none"> •Postular de acuerdo a reglamento interno de becas 2018. •Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.

SUBSIDIOS FACULTATIVOS		
DETALLE	MONTO	ANTECEDENTES A PRESENTAR
Bono de Cumpleaños	\$45.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. El bono se cancela automáticamente los viernes de cada mes.
Bono Feliz	\$20.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Beneficio (web impresa), indicando el bono que desea complementar. Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.
Reembolso Calidad de Vida	\$20.000.- Tope Anual Se reembolsa el 50% de lo presentado.	<ul style="list-style-type: none"> Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Solicitud de Beneficio (web impresa), con boleta en original.
Reembolso Dental	\$200.000.- Tope Anual Se reembolsa el 50% de lo presentado.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Beneficio (web impresa). Boleta en original. Presupuesto dental.
Bono de Navidad 2018	\$30.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. El bono se cancela automáticamente en diciembre.
Bono Matrimonio - Unión Civil	\$30.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Beneficio (web impresa). Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Certificado de Matrimonio en original.
Atención Obstétrica carga hija	\$150.000.- Tope anual Se reembolsa el 50% de lo presentado.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Beneficio (web impresa). Bono de gastos.
Préstamo Dental	\$165.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Solicitud Beneficio (web impresa) Se puede solicitar en 4-8 o 10 cuotas, requiere de 1 aval que debe ser afiliado, carta indicando la urgencia, 3 últimas liquidaciones de sueldo, fotocopia cédula de identidad. Presupuesto dental.
Préstamo de Auxilio	\$165.000.-	<ul style="list-style-type: none"> Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Solicitud Beneficio (web impresa) Carta dirigida a la Jefatura del Servicio indicado el motivo del préstamo. Se puede solicitar en 4-8 o 10 cuotas, requiere de 1 aval que debe ser afiliado, carta indicando la urgencia, 3 últimas liquidaciones de sueldo, fotocopia cédula de identidad.

Plataforma del Servicio de Bienestar

Para acceder a estos beneficios después de estar afiliado al Servicio de Bienestar, es necesario ingresar a la [plataforma](#) especificando cual es el beneficio a solicitar, y enviarlo en original al equipo de Bienestar.

OPCIONES
seleccione la opción a utilizar mediante el acceso directo

Inicio

- Cambiar Clave
- Salir



REEMBOLSOS MEDICOS
solicitud de reembolso médico mediante formulario



REEMBOLSOS DENTALES
solicitud de reembolso mediante formulario



OTROS BENEFICIOS
solicitud de otros tipos de beneficios desde listado



REEMBOLSO CALIDAD DE VIDA
solicitud de reembolso mediante formulario

© 2014 CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES

Otro beneficio es el “Seguro Complementario de Salud BCI”

El Servicio de Bienestar cuenta también con un Seguro Complementario de Salud en convenio con BCI para sus afiliados. El procedimiento para hacer uso del seguro es el siguiente:



- Ir al médico con el formulario de salud, para su firma.
- Adjuntar antecedentes de respaldo de los gastos incurridos.
- Entregar el formulario de salud más antecedentes en la oficina de Bienestar, el plazo máximo de recepción por la Compañía de Seguro es de **90 días corridos**, desde la fecha de emisión de las boletas y/o bono.
- En el plazo de 10 a 15 días hábiles la persona recibe el reembolso en su cuenta o cheque a su nombre.
- En caso de existir un rechazo por parte de la Aseguradora, el afiliado tiene 60 contados desde la fecha de emisión de la liquidación para presentar los documentos y/o antecedentes solicitados por la Compañía.

Es necesario completar el [Formulario de reembolso](#) para acceder al Seguro Complementario de Salud BCI y enviarlo al encargado del Seguro BCI del Servicio de Bienestar: diego.krause@cultura.gob.cl.

Para un buen uso del seguro y para más información, puede revisar el siguiente afiche.

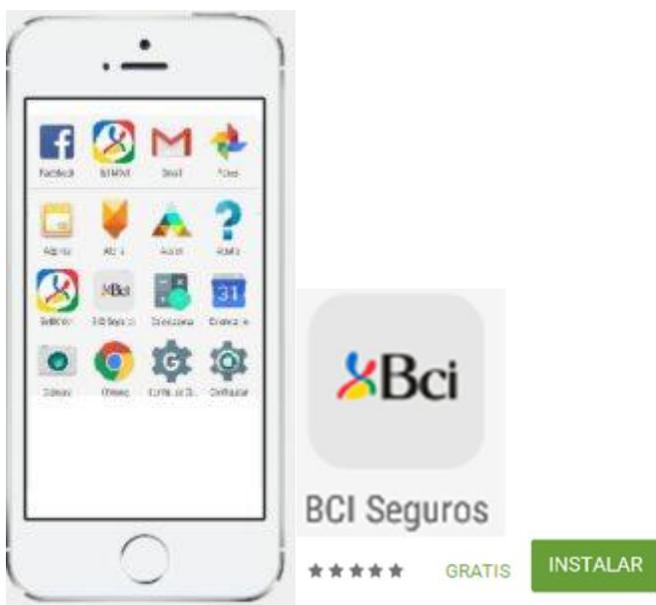
Aplicación móvil BCI

Es una herramienta móvil para IOS y Android, que permite solicitar el reembolso de “Gastos Médicos Ambulatorios de Bajo Costo”, con pocos clics, en forma segura y con una experiencia móvil de vanguardia, el monto tope es de **\$25.000.-**

Al ingresar solicitudes por esta aplicación se reduce el tiempo de espera para obtener su reembolso.

El proceso se lleva a cabo solamente con el celular.

Para descargarla debes ir www.bcivida.cl/AplicaciónMovil , a Google Play o Apps Store.



Para un buen uso del Seguro Complementario de Salud

1 Formulario de reembolso

- Siempre debe ser llenado por el médico tratante.
- Si no tiene formulario, puede solicitar un certificado médico y adjuntarlo al formulario.
- Utilizando IMED, su Reembolso es automático.
- Utilizando el convenio con farmacia Salcobrand, su reembolso de medicamentos recetados, es automático.

3 Plazos

- Desde que hace el gasto o lo dan de alta de una hospitalización, tiene 90 días calendario, para que sus papeles lleguen a la Compañía.
- Si se produce un rechazo total o parcial, puede reingresar los gastos (corrigiendo el error) dentro de los siguientes 60 días.
- Para los gastos hospitalarios, el plazo se cuenta desde la fecha de emisión de los bonos (no desde el alta hospitalaria).

4 Documentación

- Debe adjuntar todos los documentos que se relacionen con el gasto (exámenes, facturas, bonos, boletas, entre otros).
- Especialmente en las hospitalizaciones debe adjuntar:
 - Programa médico.
 - Pre factura.
 - Detalle de la cuenta.
 - Bonos originales, boletas y/o facturas
 - Protocolo operatorio, en caso que se requiera determinar causalidad estética.

2 Diagnóstico

- El formulario debe tener el o los diagnósticos. Con ellos se podrán reembolsar todos los gastos asociados.
- Si tiene continuidad de tratamiento, debe indicarlo y señalar el diagnóstico anterior.

5 Coberturas

- El Seguro Complementario de Salud cubre todos sus gastos curativos y tratamientos.
- Además cubre todos los gastos de control ginecológico y sus exámenes, aunque no sea curativo.
- Cubre los gastos de Control de Niño Sano, hasta los 12 años.
- El Seguro Complementario de Salud, es un beneficio que pretende cubrir los gastos en Salud Curativa que salgan de su presupuesto, es muy importante la documentación requerida y ordenada que usted presente.

6 Rechazos

- Su gasto puede ser rechazado total o parcialmente por algún error o falta de antecedentes.
- Si su solicitud de reembolso es rechazada, tiene 60 días más para reingresar los gastos o corregir el error.



Contacto

Para cualquier duda o consulta, por favor contáctese con el Equipo del Servicio de Bienestar:

	Yasna Sanhueza C	Jefa Servicio de Bienestar	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326006	yasna.sanhueza.c@cultura.gob.cl
	Paola Rojas V	Profesional Área de Beneficios	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189275	paola.rojas@cultura.gob.cl
	Diego Krause R	Contador y administrador seguro BCI	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326630	diego.krause@cultura.gob.cl
	Evelyn Silva P	Encargada beneficios de Bienestar y convenios	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326630	evelyn.silva@cultura.gob.cl
	Paula Arenas M	Encargada de Conciliación VFLP y Trabajadora Social	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326416	paula.arenas@cultura.gob.cl
	Janett Martel H	Trabajadora Social	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326523	janett.martel@cultura.gob.cl
	Johannes Vera V	Encargado de Sistema de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de los Ambientes de Trabajo, SHSYMAT	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326411	johannes.vera@cultura.gob.cl
	Javier Cuadro C	Encargado de Ambientes Laborales	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326666	javier.cuadro@cultura.gob.cl
	Pamela Morales A	Encargada Comunicaciones Internas	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189065	pamela.morales@cultura.gob.cl
	Pamela Rojas R	Ingeniero en Prevención de Riesgos Laborales y Ambientales	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189373	pamela.rojas@cultura.gob.cl

Archivos adjuntos

Solicitud de afiliación al Servicio de Bienestar



Servicio de Bienestar
Subsecretaría de las Culturas y las Artes
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio



SOLICITUD AFILIACION N° _____

FECHA SOLICITUD

ANTECEDENTES DEL / LA SOLICITANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RUT	Fecha de nacimiento	FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/> ¿Cul? _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institución de Salud
Departamento / Dirección Regional	Escala	Grado	Calidad Jurídica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Laboral	Comuna	Ciudad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cuenta Bancaria	N° de cédula	Banco	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Particular	Comuna	Ciudad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono Particular	Correo Electrónico		

Declaro conocer y aceptar las normas reglamentarias que rigen al Servicio de Bienestar y solicito al Consejo Administrativo tenga a bien aceptar mi incorporación en calidad de afiliado/a, a contar de ___ / ___ / 18__.

Así mismo, autorizo al Servicio de Bienestar de acuerdo al Art. 6, letra a), b) y c) del REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA SUBSECRETARÍA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES, a efectuar los descuentos correspondientes.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Solicitud reembolso Seguro BCI



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACION DEL MEDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradeceremos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (letra imprenta)

Fecha de Atención

Fecha inicio de síntomas que originaron la consulta

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad

Tratamiento e Indicaciones Médicas

Tratamiento Prolongado o a permanencia SI NO Período de Tratamiento _____

Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar

Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Fecha de Atención

Breve descripción del accidente: _____

En caso de embarazo:

Fecha Probable fecundación: Fecha Diagnóstico: FPP:

Nombre del Médico: _____ R.U.T.: _____

Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACION DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____ R.U.T.: _____

Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿ Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:

SI NO Nº Liquidación: _____ Diagnóstico Anterior: _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS

Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total

Total Gastos Solicitados: \$ _____
(Gastos efectivamente incurridos por el asegurado)

Fecha

_____ Firma

DECLARACION DEL CONTRATANTE