Sindicato Nacional Trabajadores INTEGRA N1

BOLETÍN

SEPTIEMBRE 2015

Reflexión

La Solidaridad, nace del ser humano y se dirige esencialmente al ser humano. La solidaridad implica afecto, fidelidad del amigo, la comprensión del maltratado, el apoyo al perseguido, la apuesta por causas impopulares o perdidas, todo eso puede no constituir propiamente un deber de justicia, pero si es un deber de solidaridad.

¿Por qué solidaridad? Porque todos vivimos en una sociedad, porque todos necesitamos de todos, porque todos estamos juntos en este barco de la civilización; porque somos seres humanos, iguales en dignidad y derechos.

ELECCIONES

El proceso democrático de las votaciones se inicio el 31 de agosto hasta el 04 de Septiembre donde cada socia pudo ejercer su derecho a voto y elegir a sus representantes quienes serán las responsables de conducir nuestra organización por los años 2015- 2018. Este proceso finalizo el 21 de Septiembre con la apertura de los sobres que contenían actas con votación de cada establecimiento en presencia del tricel e inspectora del trabajo. La constitución de la nueva directiva se realizo el día martes 22, depositando documentos en inspección del trabajo el día 24, la demora de esto fue, que una de las candidatas electas Pamela Guzmán renuncio a ser parte de la directiva y se debió informar a la inspección de este hecho. Por la renuncia de Pamela asume el cargo la octava mayoría.

Agradecemos a nuestras compañeras, que conformaron el tricel y a las delegadas que cumplieron el rol de coordinadoras electorales y tomar votación junto al inspector del trabajo tomando las votaciones jardín por jardín, gracias por el entusiasmo de todas, gracias por la confianza depositada.

No podemos dejar de mencionar y agradecer a la Dirección Ejecutiva y autoridades regionales por las facilidades otorgadas en este proceso democrático.

DIRECTORIO 2015 -2018

Rosa Hueraleo Vega
Presidenta
Región Metropolitana

Ivonne Rosas Jofre
Secretaria
Región Metropolitana

Pamela Carmona
Tesorera
Región Metropolitana

Guadalupe González González
Directora Sindical
Región Metropolitana

Gloria Negrón Nitor
Directora Sindical
Región de Los Lagos

Verónica Santana Santana
Directora Sindical
Región Bio Bio

Sara Boza Avilés
Directora sindical
Región Libertador Bernardo O´Higgins

Reglamento Interno

Informamos Que Reglamento Interno De Orden, Higiene Y Seguridad Está En Proceso De Impresión Para Ser Entregado A Todos Los Trabajadores /as. Este Reglamento Entro En Vigencia Y Por Lo Tanto Comienzan A Regir Las Mejoras Que Se Le Hicieron A Los Beneficios Que Tienen Las Y Los Trabajadores, Además De Los Deberes, Obligaciones Y Sanciones. Se Espera Que El Reglamento Sea Entregado A Cada Una De Las Trabajadoras Y Trabajadores Dentro Del Próximo Mes De Octubre.

Reglamento Interno Establece:

Artículo 56:

C) Permiso Por Fallecimiento De Familiar Directo:

La Ley Establece Permisos En Caso De Muerte De Un Hijo, Del Cónyuge, O Conviviente Civil (Auc), A Todo El Personal, Independiente Del Tiempo De Servicio, Tendrá Derecho A Siete Días Corridos De Permiso Pagado, Los Que No Se Descontarán Del Feriado Anual O De Los Otros Permisos Legales O Reglamentarios Al Que El Trabajador O Trabajadora Tenga Derecho.

Además La Ley Establece Que El Trabajador /a Tendrá Derecho A Tres Días Hábiles En El Caso De Muerte De Un Hijo En Período De Gestación Y Por Muerte Del Padre O De La Madre.

La Mejora Que Incorpora El Reglamento Interno Es Que Se Tendrá Derecho A Tres Días Hábiles De Permiso Cuando Fallece Un Hermano O Hermana Del Trabajador O La Trabajadora. Estos Permisos Deberán Hacerse Efectivos A Partir Del Día Del Fallecimiento Y Respaldarse Mediante Presentación Del Certificado De Defunción.

Artículo 56:

G) Permiso Especial Por Motivos De Salud:

Excepcionalmente, Cuando El Trabajador O Trabajadora Haya Hecho Uso De Sus Días Administrativos, Fundación Integra Podrá Otorgarle Permisos Extraordinarios Por Motivos De Salud Que Afecten A Él O Ella Y/o A Su Grupo Familiar Inmediato (Padre, Madre, Cónyuge O Conviviente Civil (Auc), Hijos E Hijas).

Este Permiso Se Otorgará En Caso De Enfermedad Crónica O Grave Que No Dé Lugar A Licencia Médica Y Que Requiera, Someterse A Un Tratamiento Ambulatorio O Controles Médicos Periódicos.

Estos Permisos Deberán Informarse A La Jefatura Directa Y Certificarse Con La Documentación Que Acredite La Prestación De Salud Correspondiente.

El Tiempo No Trabajado En Virtud De Este Permiso Especial, Tratándose Del Grupo Familiar Inmediato, Con Enfermedad Crónica O Grave Y Tratamientos Largos, No Deberá Ser Compensado En Tiempo Ni En Dinero.

PERMISO DURANTE PERIODO DE EMBARAZO

ARTICULO 61:

Las jefaturas directas de la trabajadora embarazada, deberán brindar todas las facilidades para la realización de sus controles prenatales y los exámenes médicos asociados a su condición. Estas facilidades serán otorgadas cuando la trabajadora haya agotado sus días de permiso administrativo.

El tiempo no trabajado en virtud de estos permisos, no deberá ser compensado en tiempo ni en dinero por la trabajadora.

SERVICIO DE BIENESTAR

El objetivo de este Servicio es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus afiliados (as) y sus cargas familiares, proporcionando beneficios médicos y sociales, en la medida que sus recursos así lo permitan y estén en concordancia con las políticas institucionales.

¿CÓMO SE FINANCIA?

El Servicio de Bienestar desde sus inicios se financia con el aporte bipartito entre trabajadores y Empleador. A los y las afiliadas por años se les ha descontado el 1% de las remuneraciones, la institución realiza el mismo aporte del 1% por cada trabajador afiliados al servicio (ej: Si se recauda entre todos los afiliados :$ 30.000.000, la institución aporta $ 30.000.000) .

Durante todos estos años, nunca se aumentó el aporte bipartito del Servicio de Bienestar, lo cual impedía el mejoramiento de su Tabla de Beneficios, resultando insuficiente para cumplir con las expectativas y necesidades de los afiliados y afiliadas.

¿QUE SE PROPONE PARA MEJORAR ESTA SITUACIÓN?

AUMENTO DE LOS APORTES AL SERVICIO

El Consejo de Administración del Servicio de Bienestar acuerda efectuar las gestiones tendientes a incrementar dicho aporte para el año 2015, de manera que permitiera mejorar sustancialmente los beneficios de salud de sus afiliados y afiliadas.

La Dirección Ejecutiva acogió la iniciativa y responde favorablemente a la solicitud de aumentar su aporte a un 0,4 % adicional al 1% que actualmente proporciona, quedando así su aporte de 1,04% lo que se traduce en $ 30.000.000 mas y por lo tanto los y las trabajadoras debemos hacer un aporte igual de un 1,04% a contar de Octubre, esto quiere decir que aumentamos en un 0,4% igual que la institución.

¿PARA QUE SE AUMENTARON LOS APORTES?

Para buscar más y mejores beneficios para sus afiliados y mejorar la calidad de vida de los y las trabajadoras junto a sus familias. Con el aumento del aporte bipartito, estamos en condiciones de poder acceder a la incorporación del Convenio Marco de Salud,

¿QUÉ ES EL CONVENIO MARCO?

Es un convenio de salud que actualmente tienen los trabajadores y trabajadoras del sector público, con el cual pueden asegurar su salud y la de sus cargas legales afiliadas al Servicio de Bienestar. Este convenio es anual, esto quiere decir que cada año se debe renovar.

¿QUE VENTAJAS OFRECE ESTE CONVENIO MARCO?

Uno de los aspectos más relevantes de este convenio es:

- El seguro de salud triplica los montos de reembolsos que actualmente perciben las afiliadas, afiliados y sus cargas legales, a través de la actual Tabla de Beneficios del Servicios de Bienestar.
- Este seguro de salud no tiene límite de edad, y no cuenta con preexistencia de enfermedades de ningún tipo.
- En suma, este convenio mejorará la calidad de vida de las afiliadas, afiliados y sus familias, homologando las condiciones de cobertura en salud que posee la Junji y las otras instituciones del sector público.

¿QUÉ NOS OFRECE ESTE SEGURO?

- Un seguro de salud para el trabajador y trabajadora afiliada y para cada una de sus cargas legales de 400 UF.
- un seguro de vida para el trabajador y trabajadora afiliada de 50 UF.
- Un seguro catastrófico de 2.000 UF para todo el grupo familiar.

¿CUAL ES EL MONTO A REEMBOLSAR POR ITEM?

Hacemos la comparación entre lo que entrega actualmente el Servicio de Bienestar y lo que entregara el Convenio Marco

	BENEFICIOS ACTUALES SERVICIO DE BIENESTAR Montos según ítems		CONVENIO MARCO DE SALUD Montos según ítems
	Plan Individual	Plan Familiar	Plan único para cada afiliado/a y c/u de sus cargas
Reembolso Consulta Médica	$49.383	$65.928	$224.142
Reembolso Medicamentos	$80.756	$108.516	$323.761

¿EN CUÁNTO AUMENTARÍAN MIS BENEFICIOS?

Se entrega comparativo entre los beneficios actuales del Servicio de Bienestar vs. Beneficios con el convenio marco de salud

Ejemplos comparativos:

CASO 1 PLAN INDIVIDUAL SERVICIO DE BIENESTAR: Trabajador o trabajadora afiliada sin cargas familiares (Plan individual), según la Tabla de Beneficios del Servicio de Bienestar 2015, dispone anualmente de los siguientes montos:

Consulta médica: tiene un tope anual de $49.383, que le permite realizar aproximadamente 8 consultas (Fonasa) en el año.

Medicamentos: tiene un tope anual de $80.756 para reembolso de recetas médicas

CONVENIO MARCO DE SALUD: Una vez que se apruebe el Convenio Marco de Salud del Servicio de Bienestar, en estos dos ítems, aumentará su monto de reembolso anual a través del seguro de salud, en las siguientes cantidades:

Consulta médica: aumentará su tope anual a $224.142, lo que le permitirá realizar aproximadamente 40 consultas (Fonasa) en el año.

Medicamentos: aumentará de un tope anual a $323.761, con lo que podrá reembolsar un número mayor de recetas médicas.

CASO 2 PLAN FAMILIAR: Si una afiliada/o con 2 cargas familiares (Plan Familiar) al reembolsar sus gastos de salud dispone al año, según la actual Tabla de Beneficios del Servicio de Bienestar de los siguientes montos:

Consulta médica: tiene un tope anual de $65.928 lo cual le permite realizar, aproximadamente, 11 consultas médicas en el año. (Fonasa)

Medicamentos: de un tope anual de $108.516 para dividir entre los 3 miembros de la familia.

CONVENIO MARCO DEL SALUD: El afiliado /a y sus dos cargas legales dispondrán de un seguro de salud que les permitirá reembolsar anualmente los siguientes montos, para cada uno de los miembros de la familia.

Consulta médica: el afiliado y cada una de sus cargas legales dispondrá de $224.142, lo cual permitirá realizar aproximadamente 40 consultas (Fonasa) al año por cada uno de los miembros del grupo familiar. En este caso la afiliada contará con un total de $ 672.426 para enfrentar las enfermedades de todo su grupo familiar.

Medicamentos: dispondrá anualmente y por cada una de sus cargas legales de $323.762 para adquirir medicamentos. En el caso supuesto de esta afiliada, el grupo familiar dispondrá de $971.286 anuales para la adquisición de medicamentos.

TABLA DE REEMBOLSOS DEL SEGURO DE SALUD

Ítem	Convenio Marco Tope Anual	Tabla Anual SSBB INTEGRA (Plan Individual)	Tabla Anual SSBB INTEGRA (Plan Familiar)
Consulta Médica y Consulta Psicológica	**$ 224.142 (9UF)** por cada titular y por cada carga legal en ambas consultas	$49.383 (C. Médica) $42.650 (Psicológica)	$65.928 (C. Médica) $68.945 (C. Psicológica)
Medicamentos	**$323.761 (13UF)** por cada titular y por cada carga legal en ambas consultas	$80.756	$ 108.516
Exámenes Rx y Procedimientos	**$323.761 (13UF)** por cada titular y por cada carga legal en ambas consultas	$133.433	$152.418
Hospitalización	$ 99.619 diarios (4 UF x día) por cada titular y por cada carga legal en ambas consultas	$ 61.765	$74.112

SERVICIO DE BIENESTAR COMIENZA CAMPAÑA COMUNICACIONAL

A partir del 29 de julio el servicio de bienestar a través de boletín de personas y Equipos hace llegar a todos los jardines infantiles, salas cunas y direcciones regionales a través de comunicaciones internas, información acerca del convenio Marco para que todos conozcan este Seguro de Salud y sus beneficios..

SERVICIO DE BIENESTAR HACE CONSULTA NACIONAL VOLUNTARIA A LOS AFILIADOS Y AFILIADAS

Se realizó una consulta voluntaria los días 27 y 28 de agosto, a través de correo electrónico, encuesta que buscaba conocer la apreciación de los afiliados y afiliadas, respecto de los nuevos beneficios que proporciona el Convenio Marco de Salud del Sector Público, en comparación a lo que actualmente ofrece la Tabla de Beneficios del Servicio de Bienestar.

¿QUÉ SE PREGUNTO?

¿Consideras que el convenio Marco de Salud del sector público te ofrece mejores beneficios y reembolsos en salud de lo que actualmente entrega la Tabla de Beneficios Médicos 2015?

RESULTADOS DE LA ENCUESTA: Las trabajadoras y trabajadores respondieron:

1. De acuerdo: 83.95 %
2. En desacuerdo: 16.05 %

Esta evaluación positiva de los trabajadores y las trabajadoras hace que se inicie el trámite para incorporarnos a este seguro de salud.

¿CUANDO EMPIEZA A REGIR ESTE SEGURIO?

Rige a contar del 01 de octubre del 2015

¿QUÉ PASARÁ CON EL SERVICIO DE BIENESTAR SI NOS INCORPORAMOS AL CONVENIO MARCO DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO?

El Servicio de Bienestar continuará proporcionando los reembolsos en Atención Dental, la entrega de Subsidios Sociales y todos los Préstamos vigentes, tanto en el nivel central, como en todas las Oficinas Regionales del país.

¿CÓMO SE REEMBOLSAN LOS GASTOS DE SALUD EN EL CONVENIO MARCO DE SALUD?

Para la comodidad de los trabajadores afiliados y afiliadas y sus cargas legales, el Convenio Marco de Salud establece dos maneras de reembolsar los gastos médicos: Procedimientos Automáticos y el Reembolso Vía Formulario.

1. Procedimientos Automáticos

a) Para Reembolso de Consultas Médicas y Exámenes de Laboratorio y RX

Se realiza a través del sistema IMED. Este sistema online se encuentra en la mayoría

de los centros médicos y hospitales, para adquirir bonos Fonasa o Isapre. Los afiliados y afiliadas y sus cargas legales accederán en la cobertura, al momento de comprar sus bonos para consultas médicas, de urgencia, exámenes de laboratorio y RX.

b) Para Reembolso de Recetas Médicas

El Seguro de Salud del Convenio Marco de Salud cuenta con un convenio especial con Farmacias Salco Brand, donde los afiliados y afiliadas y sus cargas legales que así lo deseen pueden reembolsar la compra de medicamentos. Para esto los afiliados deben exhibir su cédula de identidad (o de las cargas legales), la receta médica e indicar que cuentan con el convenio Pharma Benefis. La Compañía de Seguros entregará una credencial con el fin de facilitar la adquisición de medicamentos a través de esta vía.

Para facilitar el uso de este beneficio, los medicamentos de uso permanente quedan inscritos en la farmacia y se pueden retirar en la fecha estimada para el trabajador o trabajadora afiliada y sus cargas legales.

2.- REEMBOLSO VIA FORMULARIO

Cuando no sea posible efectuar reembolsos electrónicos o no se utilice el convenio con Salcobrand para el reembolso de recetas médicas, SIEMPRE deberá completarse el Formulario de la Compañía de Seguros.

En este caso, cada vez que se efectúe un procedimiento de salud (consulta, exámenes, medicamentos) deberá utilizarse el formulario de la Compañía de Seguros, un formulario por cada paciente, por tanto NO se puede en un formulario declarar gastos de salud por dos personas.

En el formulario de la Compañía de Seguros debe indicarse claramente el diagnóstico o enfermedad que motivó la consulta cuando ésta se realiza por primera vez, consignando la firma del médico. Si el facultativo establece un tratamiento permanente -en enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, dislipidemia, entre otras- deberá señalarlo claramente con su puño y letra en el formulario, el cual tendrá vigencia por 6 meses y no será necesario en lo sucesivo tener que solicitar la firma del médico, cada vez que se realice un control.

El pago de los gastos de salud vía formulario se realizarán en un máximo de 7 días hábiles, desde la fecha de recepción de los gastos de la Compañía. Aquellos gastos que superen el $1.000.000 serán resueltos en 15 días hábiles, una vez que la Contraloría Médica de la Compañía haya resuelto el pago.

¿DONDE SE CONSIGUE EL FORMULARIO?

El formulario se podrá obtener en el Servicio de Bienestar de Integra, en nuestra Intranet en el menú Servicio de Bienestar el siguiente link o en www.mproliquidadores.cl.

ATENCIÓN DE URGENCIA

En caso de atención de urgencia, el médico NO necesita declararlo en el formulario, pero debe adjuntarse el documento de atención de urgencia.

Sólo en casos excepcionales se permitirá entregar un Certificado Médico para reemplazar la declaración del médico.

El plazo de presentación de los gastos de salud vía formulario es de 90 días corridos, desde la fecha de la prestación. Cuando exista un rechazo total o parcial de la solicitud de reembolso (por falta de documentación, firmas etc.) existe un plazo NO superior a 60 días corridos desde la fecha que se generó el rechazo por parte de la Compañía de Seguros, para volver a presentar los documentos.

¿DEBO ADJUNTAR AL FORMULARIO ALGÚN OTRO DOCUMENTO?

Si uso bono: Bono original copia cliente o afiliado

Si uso sistema de reembolso: Comprobante de reembolso (emitido por la isapre/fonasa) original cliente o afiliado, no fotocopia y fotocopia de boleta o factura.

Si cobró antes en otro seguro: Original de la liquidación de reembolso y fotocopia simple de todos los documentos presentados a la cía de seguros.

PARA MEDICAMENTOS

Receta original, con nombre del paciente, medicamento, fecha y timbre del médico.

Boleta original, con el desglose de medicamentos (nombre y valor en $) y timbre de la farmacia.

¿CÓMO FUNCIONA EL DEDUCIBLE EN EL CONVENIO MARCO DE SALUD?

Como muchos seguros de salud el Convenio Marco considera el pago de un deducible, que en el caso del Servicio de Bienestar de Integra será de 0,5 UF ($ 12.452) para todo el grupo familiar del trabajador o trabajadora afiliada

¿Qué es un deducible?

Un deducible es la suma de dineros, que el seguro de salud por una vez en el año NO reembolsará por los primeros gastos de salud que genere el afiliado o afiliada a alguna de sus cargas familiares.

- Es decir, sobre los primeros copagos de un gasto en salud (consulta, exámenes, medicamentos entre otros) que se generen, la afiliada o afiliado no recibirá el reembolso correspondiente hasta completar las 0,5 UF de su deducible, es decir $12.452.

NUESTRA FUERZA LA UNIDAD, NUESTRA META LA VICTORIA.

Ejemplo de Deducible en un gasto de salud

Banmedica — BONO DE ATENCION AMBULATORIA — 158347470

Fecha Emisión : 08/06/2009 Hora : 19:02
Afiliado :
Beneficiario :
DIRECCION :

Convenio : 13.537 Clinica Indisa
Plan/Grupo Ingreso : BVIDA6
Edad :

Prestación		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiador	Aporte S.Complem.	Copago del Beneficiario
0101001	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	N		1	18.462	4.152	10.017	4.293
				TOTALES	18.462	4.152	10.017	4.293

SEGURO COMPLEMENTARIO ING : 10.017

Saldo copago del Beneficiario : 4.293

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.631.140-1 Indisa Diagnostico
MEDICO TRATANTE : EDUARDO MENDEZ PARRAGUEZ Especialidad :CARDIOLOGIA ADULTOS

Firma Beneficiario — Firma Profesional/Institución

EMISOR : 9.704.755-3 HORA : 19:03 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

158347470

En el ejemplo, el bono de consulta ha sido reembolsado por el seguro de salud en forma electrónica, por el sistema IMED, por lo que por el valor total de la consulta -que asciende a $18.462- el Seguro de Salud Complementario le reembolsará $10.017, por tanto el copago será sólo de $4.293 (Valor que debe pagar el afiliado o afiliada)

Si en este caso, es la primera vez que se efectúa un gasto de salud, el deducible de 0,5UF se aplicará automáticamente. ($12.452) por lo que el reembolso en esta ocasión será $0.

No obstante, si el mismo afiliado o afiliada o sus cargas legales utilizan una segunda consulta médica o efectúa gastos en farmacia, se aplicará nuevamente el deducible porque no se han completado los $12.452-, pero como se abonaron $10.017 en la primera consulta, se retendrán sólo $2.435. El seguro, en este caso reembolsará $7.582 que corresponde a diferencia del gasto total efectuado.

¿CÓMO ME INSCRIBO EN ESTE CONVENIO?

Al estar inscrito al Servicio de Bienestar automáticamente paso a ser parte de este convenio de salud.

¿ES OBLIGACIÓN SER PARTE DE ESTE CONVENIO?

No, no es obligación, pero quién no quiera ser parte de este convenio de salud debe renunciar al servicio.

¿ESTE CONVENIO ES INDEFINIDO?

No, no es indefinido es anual, por lo tanto si este convenio no responde en las expectativas y no entrega reales y mejores beneficios no se renueva el convenio

¿ESTE CONVENIO TIENE EXCLUSIONES?

Si, si las tiene y para conocerlas ver documento complementario que se entregará a la delegada.

DIRECTIVA SINDICATO NACIONAL Nº 1.DE FUNDACION INTEGRA.

ROSA HUERALEO VEGA. PRESIDENTA. **098904221, 08-2396643**
IVONNE ROSAS JOFRE. SECRETARIA. **08-2396634**
PAMELA CARMONA GONZALEZ. TESORERA. **08-2396635**
GUADALUPE GONZALEZ DIRECTORA SINDICAL **08-2396624**
GLORIA NEGRON NITOR **06-2490235**

TELEFONO FAX: 26732062. CORREO: sindicatointegra1@gmail.com. PAGINA WEB: www.sindicatointegra.cl
TELEFONO C.G.T.: 26951092 - TELEFONO FAX: 26960208. CALLE 18 N 45, 5 PISO, A - SANTIAGO CENTRO.