

PROGRAMA DENTAL PARA TRABAJADORES Y ESPOSAS DE EMPRESAS SOCIAS DE LA CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN (CChC) 2017

Este programa es posible gracias al apoyo económico del área social de la CChC y los empresarios del rubro. Tiene por objetivo: diagnosticar, prevenir y mejorar problemas dentales.

MODALIDAD DE ATENCION



- ❖ La atención se realiza directamente en los lugares de trabajo (obras, faenas) a través de una clínica dental móvil, la cual cuenta con un equipo profesional: Dentista y Asistente Dental.
- ❖ Considera prestaciones como: diagnóstico, limpieza, tapaduras y/o extracciones simples (que no requieran radiografía), las cuales son realizadas de acuerdo al criterio clínico de cada profesional.

REQUISITOS GENERALES

- ❖ Pueden participar sólo trabajadores de menores ingresos (hasta \$700.000 imponible) o jornales y maestros y sus esposas (Cónyuges o parejas). **Este Programa Social no está dirigido para profesionales, ni mandos medios.**
- ❖ Se atenderán lugares de trabajo con mínimo **30 trabajadores.**
- ❖ El encargado de la empresa u obra, debe confeccionar un listado con nombre, apellidos y Rut de los trabajadores que participarán de esta actividad de manera diaria, considerando 12 pacientes por día.
- ❖ El horario de atención será de acuerdo a la jornada laboral del lugar de trabajo, previa coordinación entre el contacto de la empresa y el coordinador de la clínica.



SOBRE LA INSTALACIÓN

Es necesario:

- ❖ **Contar con un espacio fijo e inamovible dentro del lugar de trabajo** (no subterráneos, ni estacionamientos fuera del recinto, ni en la calle). Las dimensiones de la clínica son: 3.30 mts. de altura, 7 mts. de largo y 3 mts. de ancho app.
- ❖ **Contar con seguridad** durante las horas de atención, noches y fines de semana. (si la clínica móvil llegase a sufrir algún daño y/o robo se suspenderá el operativo.)
- ❖ **Contar con acceso a corriente (220v)** de manera permanente. Es responsabilidad de la obra velar por el buen funcionamiento para evitar cambios de voltaje que puedan dañar los equipos de la clínica.)
- ❖ **Contar con acceso a agua potable** durante toda la jornada de trabajo.
- ❖ Contar con desagüe cercano al lugar de instalación.

BENEFICIO ADICIONAL

- ❖ Atención sin costo para el encargado de la coordinación en obra al finalizar el operativo.

INSCRIPCIÓN

- ❖ Enviar carta de compromiso (anexada al final de esta presentación) escaneada, con todos los datos solicitados, firmada y timbrada a: khernandez@saludcchc.cl

COSTOS

- ❖ Aporte Empresa: **\$6.800.-** Aporte Trabajador: **\$10.800.-**

FACTURACIÓN

- ❖ La Corporación facturará directamente a la empresa ambos aportes respectivos del Programa, (en una misma factura). **Será responsabilidad de la empresa realizar el descuento al trabajador en el mes correspondiente.** Bajo ningún concepto se recibirá el aporte del trabajador en forma directa. Este cobro se realizará al completarse la atención.

GARANTÍA

- ❖ Las atenciones en clínica móvil cuentan con periodo de garantía para aquellos casos que los pacientes presenten molestias **estos casos deben ser informados para gestionarlos.** (excepto los casos que presenten dolor post destartraje, dado que ésta es una molestia normal producto de la inflamación).

PROGRAMA OPERATIVO EN TERRENO (OT) DENTAL PARA RENTAS SUPERIORES

A petición de las empresas, hemos replicado las atenciones del Programa Dental para que se puedan atender los mandos medios, profesionales y miembros de sus familias que no cumplen con los requisitos para participar del programa social. Para ello hemos definido dos modalidades de atención:

- ❖ **Sumar en el mismo operativo dental SOCIAL** a quienes desean participar y que por renta y/o cargo no pueden acceder a los Programas Sociales (profesionales o mandos medios, cuyas rentas superan los \$700.000 imposables).
- ❖ **Realizar operativo con un mínimo de 30 personas** donde se pueden atender todos los trabajadores, sin filtro por renta y/o cargo y sus familias. La modalidad de atención es en clínica móvil y los requerimientos son los mismos que para el Programa Social en cuanto a: instalación, atención y garantía.

❖ COSTOS

Programa	Valor
1- Dental RM: destartraje + profilaxis (sin tapadura)	\$36.000
2- Dental RM: destartraje + profilaxis + una tapadura	\$50.000
2- Dental Regiones: destartraje + profilaxis + una tapadura	\$71.000
2- Dental Regiones extremas: destartraje + profilaxis + una tapadura	\$78.000

(Valor mercado Programa 1: \$102.688 Arancel colegio Dentistas. Aplicando descuento de 50 %: \$51.344.)

(Valor mercado Programa 2: \$171.147 Arancel Colegio Dentistas. Aplicando descuento de 50%: \$85.573.)

❖ INSCRIPCIÓN

Enviar carta de compromiso "Programa dental OT" (anexada al final de esta presentación) escaneada, con todos los datos solicitados, firmada y timbrada a: khernandez@saludcchc.cl y adjuntar un listado de los pacientes inscritos.

❖ FACTURACIÓN

La Corporación facturará directamente a la empresa el valor respectivo del programa, por lo que será responsabilidad de la empresa realizar el descuento al trabajador en el mes correspondiente.

Para las empresas que cuentan con seguro complementario y que desean que sus trabajadores puedan reembolsar este gasto, tenemos la posibilidad de entregar una boleta a cada uno. En estos casos a la empresa se le hará llegar una carta de cobranza con la nómina de personas atendidas para el respectivo pago de las prestaciones realizadas, por lo que será responsabilidad de la empresa realizar el descuento al trabajador en el mes correspondiente.

CARTA COMPROMISO PROGRAMA SOCIAL DENTAL

La empresa socia de la Cámara Chilena de la Construcción que suscribe, declara que en lo relativo a la implementación del **PROGRAMA DENTAL CON CLÍNICA MÓVIL**, asume la responsabilidad ante la CORPORACIÓN DE SALUD LABORAL:

- Inscribir a los trabajadores interesados que cumplan con los requisitos: tener una renta líquida igual o inferior a \$700.000 o tener cargos de Jornales y Maestros. No participarán de este programa: gerencias, mandos medios y profesionales.** Además, deberán contar con un listado de atención diaria de 12 pacientes.
- La empresa se compromete a otorgar las facilidades al personal de la CSL para la instalación de la clínica móvil y atención de la totalidad de los trabajadores inscritos. Además de otorgar lugares aptos dentro de la empresa u obra, **exentos de riesgos** y que cuenten con los requerimientos de instalación.
- Considerando lo anterior, la empresa se compromete a resarcir todo daño que pudiera ocasionarse a la Clínica móvil, que corresponda a su responsabilidad, ya sea por falta de seguridad y/o descuidos.
- La CSL facturará a la empresa ambos aportes (empresa- trabajador) 10 días hábiles app después de terminado el operativo, a la razón social indicada en este documento, **no se realizarán cambios por errores de inscripción ni por cambios que realice la empresa posterior a la emisión de dicha factura.** Además, será responsabilidad de ésta descontar a cada trabajador el aporte correspondiente.
La empresa se compromete a pagar la factura dentro de los 60 días siguientes de haber sido recibida.
- En caso de que la empresa no cumpla con los 3 primeros puntos de este documento, la CSL se reserva el derecho de cancelar o suspender el operativo dental.

Para realizar la inscripción del programa es necesario completar **TODOS** los antecedentes solicitados a continuación **con LETRA LEGIBLE:**

Nombre del lugar de trabajo	
Dirección lugar de trabajo comuna/ciudad/región	
Número de trabajadores a atender	
Encargado(a) actividad	
Teléfono Encargado(a) actividad	

Antecedentes para facturación:

Razón Social legal de Empresa	
Rut	
Nombre de persona para dirigir factura	
Teléfono de persona para dirigir factura	
Correo electrónico para envío de factura (NO CASILLA DE SII)	
Orden de Compra (SOLO si la empresa lo requiere)	

Firma: _____

Timbre: _____

Fecha: / / 2017

CARTA COMPROMISO PROGRAMA OT DENTAL PARA RENTAS SUPERIORES

En relación con la implementación del OPERATIVO EN TERRENO DENTAL para trabajadores, Empresa asume los siguientes compromisos:

PRIMERO: El Programa será efectuado mediante un equipo especializado que se desplazará a la ubicación indicada en esta carta.

SEGUNDO: Para los efectos de la ejecución del Programa, la Empresa se compromete a otorgar las facilidades para la atención de la totalidad de los trabajadores inscritos para la aplicación del Programa y a entregar esta lista a la Corporación antes de la realización del Operativo.

TERCERO: Asimismo, la Empresa deberá informar a cada trabajador que presente su carnet de identidad al momento de la atención, y también sobre las prestaciones incluidas en el Programa. La Empresa también se compromete a otorgar a quien preste el Servicio, las facilidades para la instalación de sus equipos al interior del Punto de Atención, proporcionándole lugares aptos, exentos de riesgos que deriven de las actividades propias de dicha faena, además de suministro eléctrico y de agua potable.

CUARTO: Por la aplicación del Programa dental, la empresa pagará a la CORPORACIÓN DE SALUD LABORAL el costo del valor del programa.

QUINTO: Asimismo, la Empresa se compromete a resarcir todo daño que pudiera ocasionarse a los equipos que se usarán para la ejecución del Programa, cuando el daño hubiere ocurrido por una conducta imputable a la empresa atendida.

Para realizar la inscripción del programa es necesario completar TODOS los antecedentes solicitados a continuación con LETRA LEGIBLE:

Nombre del lugar de trabajo	
Dirección lugar de trabajo comuna/ciudad/región	
Encargado(a) de la actividad	
Teléfono encargado(a) de la actividad	
Número de trabajadores a atender	

Para Facturar y/o emitir carta de cobranza

Razón Social legal de Empresa	
Rut de la empresa	
Nombre de persona para dirigir factura y/o carta de cobranza	
Teléfono ☒	
Correo electrónico ☒	

Firma: _____

Timbre: _____

Fecha: / / 2017