

## FONDO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD.

Los beneficios cubiertos con el fondo serán:

- a. **Hospitalización:** Únicamente por cuarenta y ocho (48) o más horas de hospitalización del asociado en cualquier centro hospitalario dentro o fuera del país.
- b. **Cat y/o resonancia magnética:** Única y exclusivamente para los gastos de examen de cat o resonancia magnética en cualquier centro médico dentro o fuera del país.
- c. **Tratamiento de cáncer:** Exclusivamente para los gastos incurridos en el tratamiento de cáncer, en centros médicos públicos o privados, dentro y fuera del país; que dicha enfermedad no sea preexistente al momento de ingresar a la Cooperativa.
- d. **Cirugías mayores ambulatorias:** con su debida certificación médica, cuya incapacidad o convalecencia para realizar sus labores normales por un periodo no menor de cinco (5) días.

### Requisitos que deben cumplir.

Los requisitos que deben cumplir los asociados para tener derecho a los beneficios del fondo son los siguientes:

- a. **Hospitalización**
  - 1. Tener cinco (5) o más años de haber ingresado o reingresado a la Cooperativa.
  - 2. No tener morosidad calificada mayor de treinta (30) días.
  - 3. Debe tramitar la solicitud del beneficio en un término no mayor de sesenta (60) días a partir de la fecha de ingreso al Centro Hospitalario; pasado este tiempo perderá el derecho a solicitar el beneficio.
  - 4. Tener o haber tenido por lo menos un crédito.
- b. **Cat y resonancia magnética:**
  - 1. Tener como mínimo de haber ingresado a la cooperativa:
    - 1.1. **Cinco (5)** años para el examen del CAT
    - 1.2. **Cinco (5)** para el examen de resonancia magnética.
  - 2. No tener morosidad calificada mayor de treinta (30) días.
  - 3. Que se le haya practicado el examen.
  - 4. Se deberá tramitar la solicitud del beneficio en un término no mayor de **seis (6) meses** a partir de la fecha que se realizó el examen; pasado este tiempo perderá el derecho a solicitar el beneficio.
  - 5. Tener o haber tenido por lo menos un crédito.
- c. **Tratamiento de Cáncer:**
  - 1. Tener cinco (5) o más años de haber ingresado o reingresado a la Cooperativa.
  - 2. No tener morosidad calificada mayor de treinta (30) días.
  - 3. Tener o haber tenido por lo menos un crédito.
- d. **Cirugía mayor ambulatoria :**
  - 1. Tener cinco (5) o más años de haber ingresado o reingresado a la Cooperativa.
  - 2. No tener morosidad calificada mayor de treinta (30) días.Tener o haber tenido por lo menos un crédito

**Documentos que debe presentar.**

Los documentos que deben presentar todo el que solicita un beneficio a través del fondo de subsidio por enfermedad, son los siguientes:

**a. Hospitalización**

1. Formulario de solicitud del beneficio.
2. Certificado en que conste el tiempo de estancia del asociado en el centro hospitalario, con el sello y firma del director del centro o del médico tratante.

**b. Cat y resonancia magnética**

1. Fotocopia de la orden médica. (opcional).
2. Resultado del examen o informe en original expedido por el centro médico, con el sello y firma del director del centro o del especialista tratante.

**c. Tratamiento de Cáncer**

1. Certificación médica como constancia del padecimiento de la enfermedad.

**d. Cirugía mayor ambulatoria:**

1. Formulario de solicitud del beneficio
2. Certificación del médico tratante, con el sello y firma del mismo.
3. Incapacidad para realizar sus labores normales o convalecencia por un período no menor de 5 días.

**Monto y forma de desembolso del beneficio.**

El monto y la forma de desembolso del beneficio del fondo de subsidio por enfermedad son los siguientes:

**a. Hospitalización:**

1. Monto: **B/. 75.00** en centro público o privado.
2. Forma: se otorgará una sola vez en cada ejercicio socioeconómico, (1 de agosto al 31 de julio), previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos.
3. Desembolso: El cheque se girará a nombre del asociado

**b. CAT:**

1. Monto: B/ 100.00, si pagó el examen y B/.75.00, si fue cubierto por la seguridad social.
2. Forma: se otorgará cada dos (2) años, previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos.
3. Desembolso: El cheque se girará a nombre del asociado

**c. Resonancia magnética**

1. Monto: B/.150.00, si pagó el examen y B/.100.00, si fue cubierto por la seguridad social.
2. Forma: se otorgará cada dos (2) años, previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos.
3. Desembolso: El cheque se girará a nombre del asociado.

**d. Tratamiento de Cáncer:**

1. Monto: **B/.300.00.**
2. Forma: se otorgará cada dos (2) años, previa verificación del diagnóstico y cumplimiento de los requisitos establecidos por el médico **que demuestre la enfermedad**
3. Desembolso: el cheque se girará a nombre del asociado por un monto no mayor a **TRESCIENTOS BALBOAS CON 00/100 (B/.300.00).**

4. El segundo beneficio será de **DOSCIENTOS BALBOAS (B/.200.00)** previa certificación de médico.

**e. Cirugía mayor ambulatoria:**

1. Monto B/. **150.00**, si pago la cirugía y B/.100.00, si fue cubierto por la seguridad social.
2. Forma: Se otorgará cada dos (2) años, previa verificación del diagnóstico y cumplimiento de los requisitos establecidos.
3. Desembolso: El cheque se girará a nombre del asociado.

**Artículo 33: Disposiciones comunes.**

Si en caso que la cirugía mayor ambulatoria, requiere hospitalización por más de cuarenta y ocho (48) horas o más, el beneficiario solamente podrá solicitar un solo beneficio. (Hospitalización o cirugía mayor ambulatoria).

Los asociados solo tendrán derecho a un beneficio del fondo de subsidio por enfermedad al año.