



SOLICITUD DE AUXILIO DEL FONDO MUTUAL DE BIENESTAR SOCIAL

Razón social de la Organización: EL ROBLE ENTIDAD COOPERATIVA

Sigla: MULTIROBLE

Oficina: CALI - PRINCIPAL

Código: MR002

Versión: 2.1

Fecha vigencia: 07/14/2023

Hoja:1/1

Ciudad	Fecha de Solicitud	Fecha de Radicación
--------	--------------------	---------------------

DATOS DEL ASOCIADO

Nombres:	Apellidos:	
Tipo y número de documento:	E-mail:	No. de Celular:
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		

Presento la siguiente solicitud de auxilio por:

MEDICAMENTOS <input type="radio"/>	INCAPACIDAD <input type="radio"/>	SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/>	HOSPITALIZACIÓN <input type="radio"/>	LENTES <input type="radio"/>	ODONTOLOGÍA <input type="radio"/>
------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos:	Tipo y número de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Parentesco:
	No. _____	

Recuerde que el auxilio del Fondo Mutual de Bienestar Social (FOMUBIS) se consignará a su cuenta de ahorros de MULTIROBLE

REQUISITOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS AUXILIOS: A) Tener como mínimo 6 meses de antigüedad como asociado. B) Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias con la cooperativa. C) Cumplir con la entrega de documentos que le sean requeridos para comprobación del hecho. Con un tiempo no mayor a 30 días después de ocurrido del evento. D) Solicitar los auxilios únicamente para los integrantes del grupo familiar, inscritos en los registros de la base de datos de MULTIROBLE. E) Entregar toda la documentación requerida (en ningún caso se entenderá como recibido o aprobada una solicitud de auxilio cuando no se haya entregado toda la información o requisitos solicitados). F) Haber actualizado sus datos en el último año.	_____ Firma del asociado
--	------------------------------------

ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Recibo de Pago <input type="radio"/>	Fórmula Médica <input type="radio"/>	Documento de la Incapacidad <input type="radio"/>	Epicrisis <input type="radio"/>	Exámenes Médicos <input type="radio"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	--

VERIFICACIÓN AUXILIO ANTERIOR

Tipo de Auxilio:	Valor del auxilio:	Fecha:
	\$ _____	mm/dd/aaaa

ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE

Fecha de vinculación a MULTIROBLE:	Valor de Facturas	Valor Aprobado Auxilio	Acta N°	
mm/dd/aaaa	\$ _____	\$ _____	_____	
Aprobado <input type="radio"/>	Aplazado <input type="radio"/>	Negado <input type="radio"/>	Revisado por:	Autorizado por:

REQUISITOS PARA SOLICITAR AUXILIOS DEL FONDO MUTUAL DE BIENESTAR SOCIAL

A) MEDICAMENTOS.

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por \$300.000 (cupó para agotar en el año), válido una vez por año para medicamentos no cubiertos por el POS. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y fórmula médica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

B) INCAPACIDAD.

Exclusivo para el asociado, válido una vez por año, incapacidad mayor a 16 días, no aplica por ARL. Valor del auxilio \$300.000. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, anexar copia de la incapacidad por enfermedad general y copia de la historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

C) SERVICIOS DE SALUD.

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; cubre gastos de ayudas diagnósticas y/o compra o alquiler de implementos médicos, válido una vez por año. Rango de valores, de \$50.000 a \$200.000 -> 50% de auxilio, de \$200.001 a \$400.000 -> 40%, de \$400.001 a \$600.000 -> 30%, de \$ 600.000 en adelante -> 30%, sin exceder los \$500.000. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y exámenes médicos realizados. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

D) HOSPITALIZACIÓN.

Exclusivo para el asociado; se otorga a partir del quinto (5to) día de estar hospitalizado, máximo de días a reconocer cinco (5) días. Valor del auxilio \$40.000 por cada día. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, anexar copia de la incapacidad por enfermedad general y copia de la historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

D) LENTES.

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico, auxilio por valor de \$100.000 para compra de lentes oftalmológicos, incluidos lentes de contacto formulados, válido por un cupo cada 2 años. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y orden de servicio médico. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.

D) ODONTOLOGÍA.

Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico, auxilio hasta por \$300.000 (cupó para agotar en el año) para tratamientos no cubiertos por la EPS, válido una vez por año. **REQUISITOS:** Radicar el formato de solicitud, factura de pago y orden de servicio médico o diagnóstico del tratamiento, presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.