



REGLAMENTO DE FONDO ESPECIAL DE SALUD: “COPAC SALUD”.

1. Generalidades.

El Fondo Especial de Salud es un fondo creado por COPAC con la finalidad de propiciar el mejoramiento económico y social de sus socios, en el marco de la consecución de los principios cooperativos buscados por COPAC.

El fondo es generado con un 10% de los excedentes anuales de COPAC como mínimo. En consecuencia, el monto del fondo variará año a año y estará sujeto a que COPAC haya generado resultados positivos de acuerdo a sus estados contables anuales y la Asamblea General de Delegados así lo disponga.

La finalidad del fondo será el aprovechamiento y mejoramiento del bienestar de sus socios mediante el otorgamiento de una partida en dinero a ser otorgada a los socios elegibles, de conformidad con lo que se establezca por el Consejo Directivo y de acuerdo a los términos y condiciones que se establecen en el presente reglamento.

El fondo no constituirá un patrimonio separado de COPAC.

Los periodos vigentes para la presentación de comprobantes se considerarán de la siguiente manera:

- **del 01/01 al 30/06: primer periodo.**
- **del 01/07 al 31/12: segundo periodo.**

Se aceptarán los tickets que sean comprobantes fiscales electrónicos o facturas que cuenten con los siguientes datos (ver también numerales 4 y 7):

- **Fecha de compra:** dentro del periodo en vigencia para el que se presentan (del 01/01 al 30/06 o del 01/07 al 31/12 según corresponda). No serán válidas las facturas que cuenten con fechas fuera de los períodos anteriormente mencionados.
- **Número de ticket:** número de e-ticket o de factura.
- **Monto:** debe ser legible el monto total del ticket abonado por el beneficiario.
- **Logo:** debe ser legible el logo o nombre del comercio/institución donde se realizó la compra.
- **Detalle y condiciones:** según cada tipo de comprobante (ver especificaciones en numerales 3, 4 y 7).

2. Elegibilidad.

Serán elegibles para acceder al beneficio otorgado por el Fondo de Salud los socios de COPAC que cumplan con las siguientes condiciones al momento de cada pago, en forma acumulativa:

- a) Ser socios activos de COPAC.
- b) Tengan una antigüedad mínima como socios de 2 años.
- c) Estar al día con sus obligaciones con COPAC, no mantener días de atraso en cuota social, facturas y cuota de todos los créditos vigentes.
- d) Hayan completado/actualizado válidamente toda la información solicitada para la inscripción al presente Fondo Especial de Salud.
- e) Estén de acuerdo con la aplicación del presente Reglamento.

3. Alcance.

Los socios que cumplan con los requisitos enumerados anteriormente, podrán tener derecho a acceder al beneficio otorgado por el presente fondo, por aquellos gastos de salud que incurra el socio o su grupo familiar, entendiéndose por tal su cónyuge o concubino y sus hijos menores de 21 años.

Para acceder al beneficio deberán cumplir con el requisito de inscripción que se establece en el numeral 5 siguiente.

El monto máximo de reintegro para gastos de salud será de hasta \$1.716 (0,25 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), y comprenderá la sumatoria de todos aquellos gastos definidos en los apartados: a), b), c), d), e), f), g), h) e i) de las presentes bases y condiciones, generados durante la vigencia del periodo para el cual se presentan.

Adicionalmente, se podrán agregar los gastos de salud definidos en los apartados j), k), l), m), n), o), p), q) y r) de las presentes bases y condiciones, considerando las particularidades definidas en cada uno de ellos.

Se entiende como gastos de salud los siguientes:

a) Tickets de medicamentos.

b) Consultas no urgentes:

- Consultas no urgentes en consultorio: medicina general.
- Consultas no urgentes en consultorio: pediatría.
- Consultas no urgentes en consultorio: gineco-obstetricia (control de embarazo).
- Consultas no urgentes en consultorio: ginecología.

- Consultas no urgentes en consultorio: otras especialidades.
- Consultas no urgentes a domicilio.
- Consultas odontología.
- Consultas médico de referencia.

c) Consultas urgentes:

- Consultas de urgencia centralizada.
- Consultas de urgencia a domicilio.

d) Estudios médicos:

- Endoscopía digestiva.
- Ecografía simple.
- Ecodoppler miembros.
- RX abdomen/aparato urinario simple.
- RX tórax.
- RX colorectal.
- Resonancia nuclear magnética, una región.
- Tomografía axial computarizada, una región.

e) Carné de Salud y ficha médica.

f) Laboratorio, rutina básica.

g) Tickets de farmacias particulares:

- **Detalle:** se aceptarán compras relacionadas a medicamentos (equivalente a la compra de medicamentos en farmacias hospitalarias o de sociedades médicas), **siendo totalmente excluyentes aquellas que no cumplen con este requisito, ejemplo: pañales, alimentos, artículos de limpieza o higiene personal, etc.**

h) Tickets odontológicos:

- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a **tratamientos odontológicos, placas y/o radiografías dentales, estudios odontológicos, extracciones, urgencias, consultas o diagnósticos odontológicos, etc.**

i) Tickets por gastos en emergencia médica móvil:

- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a **pago de contratación/suscripción mensual de servicios de emergencia médica móvil en plan individual y/o del núcleo familiar.**

j) Tickets por gastos en lentes de receta de armazón y/o de contacto:

- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a compra de **lentes de receta de armazón y/o de contacto, así como lentillas, siendo excluyentes bajo todo concepto la compra de lentes de sol. Es imprescindible adjuntar también la receta médica correspondiente que realiza la indicación médica.**

- **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 150** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, **cada dos años (4 períodos del beneficio COPAC SALUD), por un monto máximo total de hasta \$6.864 (1 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar, en el semestre en vigencia.**

Def: compuestos farmacológicos con uno o más principios activos, así como ingredientes inactivos, en sus diferentes presentaciones como comprimidos, cápsulas líquidos, cremas y parches, habitualmente utilizados para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o afección.

- k) Tickets por gastos en audífonos:**
- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a la compra de **audífonos** por parte del asociado. **Es imprescindible adjuntar también la receta médica correspondiente que realiza la indicación.**
 - **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 20** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, **cada dos años (4 períodos del beneficio COPAC SALUD), por un monto máximo total de \$68.640 (10 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar.**
- l) Ticket por gastos en compra de prótesis dentales:**
- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a compra de **prótesis dentales** por parte del asociado.
 - **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 100** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, **cada dos años (4 períodos del beneficio COPAC SALUD) por un monto máximo total de hasta \$13.728 (2 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar.**
- m) Ticket por gastos en ortodoncia:**
- **Detalle:** se aceptarán tickets que indiquen **específicamente la compra de ortodoncia.**
 - **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 100** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, **cada dos años (4 períodos del beneficio COPAC SALUD), por un monto máximo total de hasta \$6.864 (1 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar.**
- n) Ticket por gastos en salud mental:**
- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a **asistencia psicológica y/o psiquiátrica.**
 - **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 100** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, **por un monto máximo total de hasta \$6.864 (1 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar. Se podrá cobrar durante un año (2 períodos consecutivos), realizando luego una pausa de un año (2 períodos consecutivos), para poder utilizarlo nuevamente.**
- o) Ticket por gastos en tratamientos y/o estudios diagnósticos de reproducción asistida + comprobante/informe médico:**
- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a **tratamientos y/o estudios diagnósticos de reproducción asistida + comprobante/informe médico con firma del profesional tratante** que certifique la necesidad del tratamiento y/o estudio indicado. Se reintegrarán aquellos gastos que no estén comprendidos en la cobertura que otorga el Fondo Nacional de Recursos, ni sean de cargo de las Instituciones de salud públicas o privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud a las que pertenezcan los asociados.

- **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 10** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, por un **monto máximo total de hasta \$171.600 (25 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026)**, por única vez por grupo familiar durante la vigencia del Fondo especial de salud.

p) **Ticket por gastos en traslados interdepartamentales por tratamientos y/o estudios médicos:**

- **Detalle:** se aceptarán tickets de gastos incurridos por alojamiento y/o locomoción en transporte colectivo interdepartamental, por motivos de internación y/o estudios médicos vinculados al propio asociado y/o su familia directa (padres, cónyuge e hijos), generados por traslados en un radio mayor a 40 kilómetros de su domicilio. Estos gastos deberán ser rendidos con factura de pasaje y receta, ticket y/o comprobante que certifique el estudio realizado los cuales deben coincidir en temporalidad.
- **Condiciones:** para acceder a este servicio se debe reunir alguna de las siguientes condiciones: **ser el asociado que debe trasladarse para recibir un diagnóstico, tratamiento y/o internación indicado por el médico tratante (a través de Fonasa), o ser el asociado que debe trasladarse como acompañante (de hijos, padres o cónyuge), en las mismas circunstancias descriptas anteriormente, por indicación expresa del médico tratante del familiar** (a través de Fonasa).

Además, para obtener el reintegro será necesario presentar la siguiente documentación: **constancia médica** (que acredite la indicación del tratamiento/estudio y/o internación en el período habilitado), **constancia del prestador de salud** (sólo en caso de internación prolongada), **constancia de domicilio del asociado** (factura de UTE, OSE, ANTEL, etc), **comprobantes de alojamiento** (en caso que corresponda).

El reintegro se realizará a los **primeros 100** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, por un **monto máximo total de hasta \$3.432 (0.5 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026)**, por única vez por grupo familiar, en el semestre en vigencia.

a) **Ticket por gastos en ortopedia:**

- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados al **alquiler o compra de insumos de ortopedia (plantales, bastones, sillas de rueda, colchones ortopédicos, etc)**, a nombre del asociado o integrantes de su núcleo familiar.
- **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 100 asociados** en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, por un **monto máximo total de \$1.716 (0.25 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026)**, por única vez por grupo familiar, en el semestre en vigencia.

r) **Ticket por gastos de convalecencia en domicilio:**

- **Detalle:** se aceptarán tickets relacionados a gastos que ocurran por **contratación de servicio de acompañantes o pago de enfermeros a domicilio + certificado médico** que avale la convalecencia de forma correcta en el período en vigencia.
- **Condiciones:** el reintegro se realizará a los **primeros 100** asociados en cargar sus comprobantes de forma correcta, y que además cumplan los requisitos para el uso del beneficio, por un **monto máximo total de \$6.864 (1 BPC: base de prestaciones y contribuciones valor 2026), por única vez por grupo familiar. Se podrá cobrar durante un único período al año calendario.**

El Consejo Directivo podrá modificar el alcance el listado anterior.

4. Validación de los gastos presentados.

Para poder validar los tickets con los gastos enviados por el asociado, deben visualizarse todos los ítems mencionados anteriormente en cuanto a: fecha, número de ticket, monto, detalle del gasto (que deberá corresponderse con el tipo de gasto seleccionado), y logo. En caso de que los tickets estén borrosos o que no se visualicen los datos, serán rechazados. También serán rechazados en caso de estar duplicados y/o de que la compra no corresponda a las opciones descriptas en el beneficio seleccionado.

5. Registro.

5.1 - Inscripción en el Registro. Los socios que cumplan con las condiciones descriptas en el numeral 2 anterior, podrán inscribirse en cualquier momento para el acceso al beneficio de salud, debiendo actualizar los datos cada vez que se lo requiera. Al inscribirse, los socios deberán otorgar un consentimiento expreso y por escrito, autorizando a COPAC a almacenar y procesar sus datos personales (incluidos datos sensibles), en los términos que surgen del numeral 7 de este Reglamento. Cada socio deberá registrar a los restantes beneficiarios de su núcleo familiar (cónyuge o concubino e hijos menores de 21 años), haciéndose responsable por la información subida de los mismos, la cual podrá utilizarse en la difusión y promoción de servicios y beneficios.

El registro de un socio en un año no implicará su inscripción automática para años siguientes.

El Consejo Directivo implementará las formas de registro para ser beneficiarios del fondo de salud, dando preferencia al registro por medios electrónicos. El registro no estará completo hasta tanto COPAC reciba los consentimientos expresos y por escrito relativos al tratamiento de datos personales.

5.2 - Exclusión del Registro. Podrá ser excluido un socio del registro temporal o permanentemente, a criterio del Consejo Directivo, en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Pérdida de la calidad de socio.
- b) Sanciones adoptadas por COPAC, de conformidad con el artículo 13 de los Estatutos Sociales.
- c) Incumplimiento de las condiciones de elegibilidad establecidas en el numeral 2.
- d) Violación de lo establecido en el presente reglamento.
- e) Fraude del interés perseguido por el fondo, de la cooperativa o sus socios. Se entiende por fraude, entre otros, la inscripción de personas que no estén en el alcance del presente beneficio, o la presentación de documentación apócrifa.

6. Determinación del Fondo. Administración.

El Consejo Directivo determinará anualmente la cuantía máxima del beneficio a otorgar a los socios y la oportunidad de pago de dicho beneficio.

La fijación de la cuantía máxima y oportunidad de pago será determinada atendiendo a la disponibilidad del fondo y las estimaciones de uso que el Consejo Directivo haga del fondo, priorizándose el otorgamiento del beneficio a la mayor cantidad de beneficiarios y siempre que no se afecte el patrimonio social y la liquidez de la Cooperativa.

A los efectos de la cuantía máxima, el Consejo Directivo la determinará con base a Bases de Prestaciones y Contribuciones. Se considerará a los efectos de la determinación de la cuantía máxima el valor de la Base de Prestación y Contribución al primer día de cada año (información disponible en: <https://bit.ly/valorbpc2026>).

7. Pago del Beneficio.

COPAC pagará el beneficio a los socios que se hubieran inscripto, por hasta la cuantía máxima y en la oportunidad que el Consejo Directivo hubiera determinado, con base en los gastos de salud efectivamente incurridos.

El Consejo Directivo establecerá las fechas en las que se hará efectivo el pago del beneficio a los socios, el cual estará disponible por un plazo de hasta 60 días corridos contados desde la fecha de habilitación del pago.

Vencido el plazo establecido para el cobro del beneficio, el socio que no hubiere concurrido a cobrar el beneficio perderá el derecho a percibirlo.

A tales efectos, el socio deberá presentar por escrito los comprobantes de los gastos de salud en los que hubiera incurrido (por sí o su grupo familiar). **Será válida únicamente como comprobante la factura/ticket/boleta formal** (comprobante fiscal), de la institución habilitada por el Ministerio de Salud Pública, donde conste la Cédula de Identidad del beneficiario, el monto en moneda nacional (pesos uruguayos), y el concepto del gasto incurrido de acuerdo a lo definido en el numeral 3, no aceptándose comprobantes de procedencia extranjera. Se excluirá especialmente del beneficio de salud el pago de la cuota mutual.

No serán considerados como comprobantes válidos los que sean presupuestos, órdenes de trabajo, boletas de entrega de producto/trabajo, ticket POS y/o estados de cuenta de tarjetas de crédito.

El Consejo Directivo implementará la forma de presentación de los comprobantes de gastos de salud, dando preferencia al registro por medios electrónicos.

Los comprobantes que hubiera presentado un socio en una oportunidad no podrán ser utilizados para acogerse al beneficio en una oportunidad posterior.

Los comprobantes presentados por los socios no podrán tener una fecha anterior a 180 días a la última fecha que el Consejo Directivo hubiera determinado para presentación en oportunidad de un pago.

Toda información provista por los socios relacionada a los medios para la acreditación del presente beneficio otorgado por COPAC, se considerarán a todos los efectos legales como realizadas bajo su autorización y consentimiento y, como tales, obligatorias y vinculantes para cada socio.

8. Tratamiento de datos personales.

El tratamiento de los datos personales de los socios se llevará a cabo de conformidad con la Ley N°18.331, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data.

Al recibir los comprobantes de gastos de salud en que el socio haya incurrido, COPAC almacenará dicha información en la base de datos denominada “COPAC Salud”.

Debido a que los datos proporcionados por los socios son datos sensibles (en tanto se trata de información relativa a la salud), cada socio ratifica su consentimiento expreso brindado al momento de adherirse a los términos y condiciones de los Servicios en Línea.

COPAC almacenará asimismo la información relativa a los gastos de salud incurridos por los socios, con la finalidad de evitar que se solicite el beneficio de salud en más de una oportunidad, por concepto de un mismo gasto médico. A dichos efectos, toda vez que COPAC otorgue el beneficio de salud a un socio, se mantendrá almacenado el comprobante de gasto correspondiente.

Todos los datos personales procesados por COPAC, entre ellos los datos sensibles de los socios, serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros.

9. Vigencia y modificación.

El presente reglamento entrará en vigencia a partir de su aprobación por el Consejo Directivo.

El Consejo Directivo tiene derecho a modificar de forma unilateral el presente reglamento, notificando de ello a los socios.

El uso del beneficio con posterioridad a la comunicación de las modificaciones se interpretará como aceptación tácita de las mismas por parte del Socio.

COPAC no asume ningún tipo de responsabilidad o garantía de la continuidad del Fondo Especial de Salud, el cual podrá ser dejado sin efecto por la Asamblea de Delegados en la oportunidad que ésta determine.