



PERÚ

Ministerio  
de Defensa

Marina de Guerra  
del Perú

Dirección General del  
Personal de la Marina

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ"

**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

Ejemplar N°

15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

Referencia:

- a) Constitución Política del Perú
- b) Ley N° 26842, Ley General de Salud de fecha 20 de julio de 1997, y sus modificatorias
- c) Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos, de fecha 22 de diciembre del 2001
- d) Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 30 de marzo del 2009
- e) Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, de fecha 2 de octubre del 2009
- f) Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, de fecha 9 de agosto del 2021
- g) Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas, de fecha 7 de diciembre del 2013
- h) Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, 30 de diciembre del 2016
- i) Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 3 de abril del 2010
- j) Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Aprueban Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 13 de junio del 2014
- k) Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, de fecha 31 de enero del 2019
- l) Decreto Supremo N° 012-2019-SA, Aprueban Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302 que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, de fecha 31 de mayo del 2019
- m) Decreto Supremo N° 023-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba la Actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, de fecha 25 de julio del 2021, y sus modificatorias
- n) Decreto Supremo N° 004-2022-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, de fecha 29 de marzo del 2022



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- o) Resolución Ministerial N° 1361-2018-MINSA, de fecha 30 de diciembre del 2018, Aprueban el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud, y sus modificatorias.
- p) Resolución Ministerial N° 860-2021/MINSA, Aprueban actualización del Anexo N° 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", de fecha 15 de julio del 2021
- q) Resolución de Superintendencia N° 121-2019-SUSALUD/S, Aprueban Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo SITEDS y dictan otras disposiciones, de fecha de fecha 20 de setiembre del 2019
- r) Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, Aprueban "Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)", de fecha 17 de enero del 2020
- s) Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, Aprueban los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados", de fecha 23 de agosto del 2021
- t) Reglamento de Prestaciones de Servicios de Salud de la Marina (PRESAMAR-13203)
- u) Instrucciones sobre Correspondencia Naval (ISCON-13303)

**1.- ORGANISMOS AFECTADOS:**

- a. Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú
- b. Dirección de Salud de la Marina
- c. Dirección de Información de la Marina
- d. Dirección del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"
- e. Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú
- f. Comandos de Unidades y Dependencias

**2.- SITUACIÓN GENERAL:**

- a. Mediante los Artículos 7°, 9° y 11° de la Constitución Política del Perú se dispone que el Estado Peruano reconoce como derechos, entre otros, a la seguridad social y protección de la salud de la ciudadanía en general, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones, a través de las entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento.
- b. Mediante ley de referencia (b) se establecen los derechos y obligaciones en salud de los usuarios; así como, las responsabilidades de los establecimientos en salud, respecto de la salud individual y colectiva.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11-22

- c. Mediante ley de referencia (c) se establece que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando lo necesite. Estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud; asimismo, toda mujer que se encuentre en el momento del parto tiene derecho a recibir atención médica de emergencia mientras subsista el momento de riesgo para su vida o la del niño.
- d. La ley de referencia (d) tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.
- e. La ley de referencia (e) se establecen los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, el acceso a la información y el consentimiento informado.
- f. La ley de referencia (f) tiene por objeto garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria de los servicios de salud para todos los pacientes oncológicos, indistintamente al tipo de cáncer que padezcan, con la finalidad de asegurar el acceso al derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones y sin discriminación.
- g. Mediante decreto legislativo de referencia (g) se crean las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de las Fuerzas Armadas, con la finalidad de financiar la atención integral de la Salud del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro con derecho a pensión y sus derechohabientes; así como, de los Cadetes y Alumnos de las Instituciones Armadas. Asimismo, faculta a las citadas instituciones a crear planes de salud en beneficio del personal militar, derechohabientes y familiares beneficiarios inscritos en la base de datos de cada Institución.
- h. Mediante decreto legislativo de referencia (h) se establecen las disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público; con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país.
- i. Mediante decreto supremo de referencia (i) se aprueba el reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, que en su Artículo 16°, dispone que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) deberán proporcionar información suficiente y oportuna, a sus beneficiarios, respecto a las coberturas, condiciones y limitaciones de sus contratos; así como, los planes de salud, condiciones de otorgamiento y de reajuste de aportes, gastos en la prestación de servicios de salud incurridos, en períodos a ser establecidos por la Superintendencia



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

Nacional de Salud (SUSALUD), u otros que ésta determine cuando corresponda.

- j. Mediante decreto supremo de referencia (j) se aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, que en su Artículo 22°, establece que los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud, que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento, considerando entre ellos a los planes específicos para el caso de las Sanidades de las Fuerzas Armadas.
- k. Mediante decreto supremo de referencia (k) se aprueba el reglamento que establece los procedimientos para la gestión de reclamos y denuncias por presunta vulneración del derecho a la salud, así como los lineamientos para la atención de consultas relacionadas al ámbito del ejercicio del derecho a la salud.
- l. Mediante el decreto supremo de la referencia (l) se establecen las disposiciones que desarrollen los procesos, procedimientos y flujos necesarios para la implementación del intercambio prestacional en salud.
- m. Mediante decreto supremo de referencia (m) se aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que establece el plan de beneficios con el listado de condiciones asegurables, intervenciones, prestaciones a financiar y las garantías explícitas. Dichas condiciones son de estricto cumplimiento para el plan a ser ejecutado en el marco de la presente directiva. Quedando subsistentes las disposiciones establecidas en el Decreto Supremo N° 007-2021-SA, Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS con excepción de los Artículos 1° y 2°.
- n. Mediante decreto supremo de referencia (n) Numeral 8.1 se establece que la implementación de lo dispuesto en la Ley de referencia (f) y su reglamento aprobado mediante dispositivo de referencia (n), se financia con cargo a las IAFAS, sean públicas, privadas o mixtas, a fin de brindar una prestación idónea de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a través de la cobertura del plan de aseguramiento en salud que corresponda (PEAS, planes complementarios o planes específicos), en el marco del AUS.
- o. Mediante resolución ministerial de referencia (o) se aprueba el documento técnico que establece el petitorio nacional único de medicamentos de obligatorio cumplimiento para todas las IPRESS públicas, de acuerdo con su categoría y capacidad resolutive.
- p. Mediante resolución ministerial de referencia (p) se aprueba el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud con la finalidad de estandarizar la identificación (clasificación, denominación, codificación y descripción) de los procedimientos médicos y sanitarios del Sector Salud para los diferentes usos.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- q. Mediante resolución de superintendencia de referencia (q) se aprueban las disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo "SITEDS".
- r. Mediante resolución de superintendencia de referencia (r) se aprueban las cláusulas mínimas de los contratos o convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), con la finalidad de asegurar la oportunidad, accesibilidad, equidad y calidad de las prestaciones de salud en base a la demanda de sus beneficiarios, mediante la articulación de la oferta existente en el país, y en el marco de las disposiciones establecidas para el intercambio prestacional.
- s. Mediante resolución de superintendencia de referencia (s) se aprueban los lineamientos, normas y cláusulas generales del contrato de aseguramiento en salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las entidades empleadoras o los asegurados, son aplicables a todas las IAFAS públicas, privadas o mixtas, respecto de los planes, programas o productos de salud que oferten dentro de los regímenes de financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud y que financian prestaciones de salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- t. Mediante el reglamento de referencia (t) se aprueban las normas y procedimientos para las prestaciones de servicios de salud para el Personal Militar de la Institución en Situación de Actividad, Disponibilidad o Retiro, así como para sus familiares con derecho, tanto en el país como en el extranjero.

**3.- FINALIDAD**

Establecer las normas, procedimientos y responsabilidades administrativas para el funcionamiento del Plan de Salud Complementario Onconaval para el personal militar y sus derechohabientes y familiares inscritos, debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración del Personal de la Marina, determinando su alcance, aportes y coberturas a fin de permitir su ejecución.

**4.- EJECUCIÓN**

**a. Disposiciones Generales**

- (1) Los Comandos de Unidades y Dependencias dispondrán la difusión a todo el personal del contenido de la presente directiva, mediante diversas comunicaciones (vía web, correo electrónico, mensaje naval, trípticos, banners, y otros); en ese sentido, deberán realizar las coordinaciones pertinentes con la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° **11** -22

- (2) El alcance y normas del Plan de Salud Complementario Onconaval se encuentran detallados en el Anexo "A" de la presente directiva.

**b. Disposiciones específicas**

**(1) Director de Salud de la Marina:**

- (a) Supervisará que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú brinden prestaciones de salud de manera oportuna y de calidad a los afiliados al plan de acuerdo a su capacidad resolutive.
- (b) Dispondrá la adquisición y atención oportuna de medicamentos oncológicos, medicamentos coadyuvantes para el tratamiento del cáncer, considerados en el petitorio farmacológico, solicitados por el Director del Centro Médico Naval.
- (c) Dispondrá la conformación de UN (1) comité para la elaboración del petitorio farmacológico del Plan de Salud Complementario Onconaval, considerando a los Jefes de Servicio involucrados en el manejo de pacientes oncológicos, a UN (1) Oficial representante de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú y al Auditor Médico del Plan de Salud Onconaval de la citada IAFAS, debiendo remitir para aprobación del Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú el citado petitorio farmacológico.
- (d) Gestionará la suscripción del convenio específico con la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú en el marco de la ley de intercambio prestacional, y sus adendas, a fin de viabilizar las atenciones en las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú para el personal afiliado al plan.
- (e) Dispondrá las gestiones que se requieran a fin de viabilizar el intercambio prestacional y mecanismos de pago producto de las prestaciones brindadas a los afiliados al presente plan.
- (f) El petitorio farmacológico comprenderá medicinas en dos grupos: Grupo "A" y Grupo "B". Para el caso del Grupo "A" se deberá contar con un stock mínimo que permita la atención oportuna de los pacientes. En el caso del Grupo "B", por tratarse de medicamentos de alto costo, su adquisición se realizará a requerimiento por paciente, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Apéndice I del Anexo "C" de la presente directiva. Los nuevos medicamentos no considerados en el petitorio deberán ser propuestos por junta médica especializada siguiendo las guías de práctica clínica establecidas, debiendo ser propuestos para su inclusión luego de transcurrido UN (1) año desde la aprobación de un nuevo petitorio, incluida la presente directiva.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- (g) Dispondrá y verificará que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú remitan el control de las liquidaciones de prestaciones efectuadas a los beneficiarios del presente Plan de Salud Complementario, debiendo consolidar por IPRESS la información de acuerdo con el formato de reporte de prestaciones financiadas por el presente Plan de Salud Complementario y el formato de reporte de medicamentos suministrados por el citado plan de salud, de acuerdo al Anexo "B" de la presente directiva.
- (h) Remitirá la información consolidada y verificada señalada en el subinciso (g) a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de forma mensual, dentro de los 10 días posteriores al mes de la atención. Asimismo, una vez se encuentre implementado el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación "TEDEF-IP", dejará de remitirse dichos formatos.
- (i) Supervisará que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, efectúen la adecuación de los siguientes sistemas dispuestos por SUSALUD de acuerdo con la normativa vigente y en los plazos establecidos:
  - 1 Empleo del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo "SITEDS".
  - 2 Implementar el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación "TEDEF-IP".

**(2) Director de Información de la Marina:**

Difundirá entre el personal militar en actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes; mediante sus sistemas de información los alcances y beneficios del Plan de Salud Complementario Onconaval, en coordinación con la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

**(3) Director del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara":**

- (a) Elaborará, aprobará, implementará y supervisará el cumplimiento de sus guías de práctica clínica teniendo como referencia las guías aceptadas internacionalmente (Se sugiere emplear la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO).
- (b) Dispondrá el cumplimiento del tratamiento solicitado por las juntas médicas, autorizando la participación de médicos extrainstitucionales cuando el caso lo requiera, sólo cuando no se tenga capacidad resolutive propia. Dicha participación será



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

previamente autorizada y auditada por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, para la cobertura de la prestación.

- (c) Autorizará los tratamientos solicitados por las juntas médicas oncológicas; cuando el tratamiento implique atenciones extrainstitucionales, la cobertura será previamente autorizada y auditada por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (d) Dispondrá que se remita a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, los resultados de los análisis anátomo patológicos positivos, con la finalidad de verificar su afiliación e iniciar los trámites correspondientes para la activación de la cobertura. En los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables, remitirá un informe médico y exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y exámenes de laboratorio), para la evaluación respectiva y aprobación de ser pertinente.
- (e) Comunicará quincenalmente a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, mediante oficio, el reporte del personal militar y familiares afiliados al plan que hayan fallecido.
- (f) Remitirá mensualmente a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú la liquidación detallada de los consumos realizados por parte de los pacientes afiliados al plan, previa evaluación de su auditoria médica.
- (g) Propondrá a la Dirección de Salud de la Marina, el petitorio de medicinas oncológicas, elaborado por el comité designado.
- (h) Presentará a la Dirección de Salud de la Marina, de manera (mensual, bimensual o trimestral), el requerimiento de adquisición de medicamentos considerados en el petitorio del grupo "A", con la finalidad de gestionar su abastecimiento. En el caso de medicamentos del Grupo "B" deberá seguir las disposiciones establecidas en el Apéndice I del Anexo "C" de la presente directiva.
- (i) Dispondrá el correcto almacenamiento de los medicamentos oncológicos, medicamentos coadyuvantes y material médico de ambos grupos de medicinas para el tratamiento de los pacientes del Plan, así como el control físico permanente del stock existente, a fin de evitar se produzca un sobre stock o desabastecimiento.
- (j) Dispondrá que se suministre los medicamentos a los pacientes del Plan en forma oportuna. Los medicamentos fuera del petitorio deberán ser evaluados y propuestos para inclusión en este



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

Plan de Salud previa junta médica, con la evaluación del médico auditor oncólogo y la autorización de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, lo cual se podrá realizar como mínimo pasado UN (1) año desde la aprobación de un nuevo petitorio, incluida la presente directiva.

- (k) Deberá contar con médicos especialistas para el manejo médico, quirúrgico de patologías oncológicas y oncohematológicas para la población adulta y pediátrica. Es responsabilidad del Centro Médico Naval "CMST" mantener dentro del staff médico sub-especialidades oncológicas que coadyuven a la atención del personal afiliado con cáncer activo, sobre todo en las sub-especialidades con mayor recurrencia de siniestros oncológicos, debiendo hacer las coordinaciones con la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para su financiamiento.
- (l) Dispondrá se prevea mantener en las mejores condiciones la infraestructura y equipamiento dirigido a las atenciones de enfermedades oncológicas.

**(4) Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú:**

- (a) Suscribirá convenios y contratos de prestación de servicios de salud con IPRESS, con la finalidad que se efectúen tratamientos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval "CMST", para los pacientes del Plan de Salud Complementario Onconaval.
- (b) Para el caso de Zonas Navales, se suscribirá convenios y contratos de prestación de servicios de salud con IPRESS, con la finalidad que se brinde la atención en salud para los pacientes del Plan de Salud Complementario Onconaval.
- (c) De acuerdo a la propuesta realizada por el comité designado, aprobará el petitorio de medicamentos oncológicos de vigencia anual a ser utilizados en el tratamiento de pacientes del Plan de Salud Complementario Onconaval, el mismo que será refrendada por la Dirección de Salud de la Marina y la Dirección del Centro Médico Naval "CMST".
- (d) Elaborará y presentará a la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, el presupuesto anual del Plan de Salud Complementario Onconaval, considerando que los gastos operativos y de funcionamiento no deberán exceder del 5% de los ingresos anuales proyectados.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- (e) Presentará a la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, las modificaciones del importe de las primas, coberturas y condiciones del plan, según el estudio matemático actuarial o equivalente.
- (f) Supervisará el correcto funcionamiento del plan y propondrá a la Dirección de Salud de la Marina y a la Dirección del Centro Médico Naval "CMST" las medidas de ajuste e implementación necesarias, a fin de mantener la calidad y oportunidad en el servicio, conservando el equilibrio económico financiero.
- (g) Designará e instruirá al personal que participará en la difusión y charlas informativas de los beneficios del plan.
- (h) Realizará las coordinaciones de detalle con los diferentes Comandos de Unidades y Dependencias de la Marina de Guerra del Perú, a fin de que cuenten con el material audiovisual necesario para llevar a cabo charlas informativas sobre el plan.
- (i) Dispondrá que el Jefe de la Oficina de Logística de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, proporcione los materiales e insumos necesarios para la realización de las charlas informativas, con cargo al presupuesto del plan.
- (j) Dispondrá la verificación y auditoría de las liquidaciones remitidas por las IPRESS que brindaron la prestación de salud a los beneficiarios, para su respectiva cancelación. Este proceso de auditoría incluirá la verificación de las liquidaciones de gastos no cubiertos que hayan motivado algún cobro por parte de las IPRESS al titular/pacientes, con la finalidad que dichos cobros hayan sido realizados de manera justa y dentro de las regulaciones del plan.
- (k) Verificará y dispondrá que se realice acciones de supervisión de la calidad y oportunidad de las prestaciones médicas y farmacológicas que son asumidas por el Plan de Salud Complementario Onconaval valiéndose de medios físicos y virtuales, llevando un registro de estas acciones de control.
- (l) Administrará los recursos asignados al Plan de Salud Complementario Onconaval.
- (m) Promoverá y realizará la suscripción de nuevos afiliados, los cuales deberán cumplir con los requisitos establecidos en la presente directiva, empleando el Formato "Ficha de Inscripción al Plan de Salud Complementario Onconaval" y la Declaración



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

Jurada de Salud, establecidos en los Apéndices I y II del Anexo "A", respectivamente.

- (n) Confeccionará mensualmente la planilla de descuentos de primas de los afiliados, solicitando el descuento respectivo a la Oficina General de Administración y/o a la Caja de Pensiones Militar Policial, según corresponda.
- (o) Se procesará los descuentos mensuales del personal militar que hayan firmado el Formato de "Autorización de Descuento de la OGA y la Caja de Pensiones Militar Policial", establecidos en los Apéndices III y IV del Anexo "A", respectivamente.
- (p) Llevará el control del personal militar afiliado al plan, manteniendo actualizadas las afiliaciones y desafiliaciones solicitadas por medio de la "Ficha de Desafiliación del Plan de Salud Complementario Onconaval", establecida en el Apéndice V del Anexo "A".
- (q) Establecerá un procedimiento para las desafiliaciones del personal inscrito al Plan de Salud Complementario Onconaval, debiendo llevar un control de los casos, así como de las causas que motivaron dichas desafiliaciones, con la finalidad de programar acciones que tengan como finalidad minimizar las pretensiones de desafiliación.
- (r) Llevará el control de la recaudación de aportes por primas de los afiliados al Plan Onconaval.
- (s) Verificará los resultados de los análisis anátomo patológicos positivos, con la finalidad de verificar su afiliación e iniciar los trámites correspondientes para la activación de la cobertura. En los casos de cáncer de tumores no biopsiables, verificará el informe médico y exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y exámenes de laboratorio), remitidos por el Centro Médico Naval "CMST" o las IPRESS en convenio.
- (t) Evaluará y aprobará la atención especializada extrainstitucional de los pacientes del plan, requeridas por el Director del Centro Médico Naval "CMST" y la Junta Médica Oncológica disponiendo la confección de las cartas de garantía destinadas a las IPRESS extrainstitucionales en convenio, indicando el costo, procedimiento a realizar y toda la información necesaria.
- (u) En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 16° de la norma legal de referencia (i), dispondrá que se realicen campañas y acciones de difusión con el fin de proporcionar información



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

suficiente y oportuna respecto de las coberturas, condiciones, exclusiones, reajuste de primas, entre otros, en especial cuando se trate de Cadetes y alumnos que egresan de los centros de formación y de personal militar que pase a la situación de retiro.

- (v) Dispondrá la ejecución de exámenes de prevención en centros especializados a nivel nacional, a fin de detectar y diagnosticar a tiempo neoplasias malignas de todo el personal afiliado al plan.
- (w) Realizará los reembolsos a los afiliados, sobre atenciones en salud en clínicas e instituciones sin convenio al plan de Salud Complementario Onconaval, sólo en caso de emergencias (prioridad I y II), los cuales deberán cumplir con los procedimientos para la atención de reembolsos establecidos en el Anexo "B" de la presente directiva.
- (x) Mantendrá actualizada la información de los afiliados, en el Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud - Modelo "SITEDS", dispuesto por SUSALUD.
- (y) Implementará el Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación "TEDEF-IP" dispuesto por SUSALUD y establecerá los procedimientos de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

**(5) Comandos de Unidades y Dependencias:**

- (a) Dispondrán que la Oficina de Personal tenga actualizada una relación nominal del personal afiliado y no afiliado al Plan de Salud Complementario Onconaval.
- (b) Dispondrán que el Jefe de Sanidad o quien haga sus veces, asuma como cargo colateral la representación del Plan de Salud Complementario Onconaval.
- (c) Dispondrán la difusión al personal militar del material audiovisual e impreso relacionado al plan, haciendo uso de la información contenida en la página web: [www.iafasfosmar.pe](http://www.iafasfosmar.pe), debiendo informar al Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, por lo menos UNA (1) vez al año sobre las acciones ejecutadas.
- (d) Dispondrán que la totalidad del Personal Superior y Subalterno de sus respectivas dotaciones asistan a las charlas informativas.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° **11** -22

- (e) Brindarán las facilidades respectivas al personal expositor, proporcionando los equipos de audio y video necesarios, a fin de que las charlas se lleven a cabo sin contratiempos.

**5.- INSTRUCCIONES ESPECIALES**

**a. Organismo de Origen**

Designar como organismo de origen de la presente directiva a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, la misma que dará cumplimiento a las disposiciones establecidas en el artículo 330, inciso (b), subinciso (2) de la publicación de referencia (u).

**b. Tiempo de Vigencia**

Entra en Vigencia: A su recibo.

Sale de Vigencia: Con orden.

**c. Otras Instrucciones**

- (1) Los organismos afectados realizarán las coordinaciones necesarias para el cumplimiento de la presente directiva.
- (2) La presente directiva reemplaza a la Directiva DIPERMAR N° 05-2020 de fecha 26 de febrero 2020, la misma que deberá ser incinerada internamente, sin remitir el acta de incineración respectiva.



Vicealmirante  
Julio CACHO Morán  
Director General del Personal de la Marina

**ANEXOS:**

- "A" : Alcance y normas del Plan de Salud Complementario Onconaval para el personal militar y sus familiares  
"B" : Formato de reporte de prestaciones y medicamentos del Plan de Salud Básico  
"C" : Petitorio onconaval Grupos A y B  
"D" : Procedimientos para la atención bajo la modalidad de reembolsos  
"X" : Lista de distribución

DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 -22

- (e) Brindarán las facilidades respectivas al personal expositor, proporcionando los equipos de audio y video necesarios, a fin de que las charlas se lleven a cabo sin contratiempos.

**5.- INSTRUCCIONES ESPECIALES**

**a. Organismo de Origen**

Designar como organismo de origen de la presente directiva a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, la misma que dará cumplimiento a las disposiciones establecidas en el artículo 330, inciso (b), sub-inciso (2) de la publicación de referencia (u).

**b. Tiempo de Vigencia**

Entra en Vigencia: A su recibo.

Sale de Vigencia: Con orden.

**c. Otras Instrucciones**

- (1) Los organismos afectados realizarán las coordinaciones necesarias para el cumplimiento de la presente directiva.
- (2) La presente directiva reemplaza a la Directiva DIPERMAR N° 05-2020 de fecha 26 de febrero 2020, la misma que deberá ser incinerada internamente, sin remitir el acta de incineración respectiva.



Vicealmirante  
Julio CACHO Morán  
Director General del Personal de la Marina

**ANEXOS:**

- "A" : Alcance y normas del Plan de Salud Complementario Onconaval para el personal militar y sus familiares  
"B" : Formato de reporte de prestaciones y medicamentos del Plan de Salud Básico  
"C" : Petitorio onconaval Grupos A y B  
"D" : Procedimientos para la atención bajo la modalidad de reembolsos  
"X" : Lista de distribución

15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

ANEXO "A"

**ALCANCE Y NORMAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL  
PARA EL PERSONAL MILITAR Y SUS FAMILIARES**

**1.- BENEFICIARIOS**

- a. Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a remuneración o pensión por quienes el Estado efectúe el aporte al Plan de Salud Básico.
- b. Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Marina de Guerra del Perú por quienes el Estado efectúe el aporte al Plan de Salud Básico; mientras mantengan la citada condición en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- c. Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable e inscrito en la base de datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- d. Hijo (s) e hijastro (s) menor (es) de edad que se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- e. Hijo (s) e hijastro (s) mayor (es) de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, quien podrá ser afiliado sin límite de edad, siempre y cuando el titular acredite dicha condición con el Certificado de Discapacidad en el grado de "discapacidad severa", debiendo ser este documento expedido por el Centro Médico Naval "CMST" u hospitales del Ministerio de Salud.
- f. Hijo (s) e hijastro (s) declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente.
- g. Los derechohabientes, hijos e hijastros mayores de edad hasta cumplir los 28 años, en las siguientes condiciones: ser soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación técnico o superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica con tarjeta de identidad familiar (TIF) vigente aprobada por la Dirección de Administración de Personal de la Marina. Estos derechohabientes que hayan sido afiliados hasta este límite de edad podrán mantenerse afiliados en la medida que continúen realizando sus aportes a esta Plan de Salud.
- h. Los familiares que hayan heredado la pensión del titular del seguro y que el Estado aporte por estos a la IAFAS FOSMAR.
- i. Los hijos recién nacidos del Personal Militar en caso sean diagnosticados de cáncer dentro de los CUARENTA Y CINCO (45) días de edad, tendrán cobertura en los gastos de tratamiento de la enfermedad por el Plan de



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

Salud Complementario Onconaval, siendo requisito indispensable que el titular se encuentre afiliado al plan, como mínimo TRES (3) meses de afiliación, dentro de este periodo, el titular deberá realizar la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo quedará sin cobertura automáticamente del plan.

- j. Padres, suegros e hijos mayores de 28 años que fueron afiliados al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes de octubre del año 2019, y que mantienen dicha condición en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes.

**2.- NORMAS**

a. Para la suscripción, afiliación y desafiliación

- (1) La suscripción al Plan de Salud Complementario Onconaval es de forma voluntaria. Será realizada por el titular, o el familiar que acceda a la pensión en caso de fallecimiento de mismo, a través del llenado de la póliza de suscripción, formatos de autorización de descuento que figuran en los Apéndices I, II, III, IV y V y la declaración jurada de salud del Apéndice VI del Anexo "A" de la presente directiva.
- (2) La afiliación se dará una vez que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú haya validado los requisitos establecidos en el párrafo anteriormente expuesto.
- (3) La edad límite de afiliación es de 65 años (permitido hasta los 64 años 11 meses 31 días) para titulares, cónyuges y familiares herederos de pensión. Toda persona que haya sido afiliada al plan antes de cumplir dicha edad se mantiene afiliada en la medida que continúa realizando sus aportes de prima).
- (4) La edad límite de afiliación para el hijo o hijastro del Personal Militar será hasta los 18 años; no obstante, podrán afiliarse los hijos o hijastros desde los 18 años hasta los 28 años de edad, siempre que acrediten que se encuentran estudiando y dependan económicamente del titular, debiendo encontrarse debidamente registrados en la Base de Datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- (5) Los hijos o hijastros citados en el párrafo precedente, continuarán con la cobertura del plan siempre y cuando se mantengan al día en el pago de sus primas.
- (6) El hijo o hijastro mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, podrá ser afiliado sin límite de edad.
- (7) Los hijos recién nacidos del Personal Militar en caso sean diagnosticados de cáncer dentro de los CUARENTA Y CINCO (45) días de edad, tendrán cobertura en los gastos de tratamiento de la



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° **11** -22

enfermedad por el Plan de Salud Complementario Onconaval, siendo requisito indispensable que el titular se encuentre afiliado al plan, como mínimo TRES (3) meses de afiliación sin primas pendientes de pago, dentro de este periodo, el titular deberá realizar la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo quedará sin cobertura automáticamente del plan.

- (8) Cuando el titular decida desafiliar a algún familiar inscrito en el Plan de Salud Complementario Onconaval, deberá llenar y firmar el formato del Apéndice VII del Anexo "A" de la presente directiva, este trámite deberá realizarse con TREINTA (30) días antes del próximo descuento.

b. Condiciones de aportación

- (1) El aporte mensual por persona por su afiliación al plan, será asumido por el titular, el mismo que se hará efectivo a través de la planilla única de remuneración o pensión, de acuerdo al detalle que se muestra en el siguiente cuadro; pudiendo este ser variado unilateralmente por la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo a la normativa vigente:

| PARENTESCO            | APORTES MENSUALES SEGÚN LA EDAD |            |             |
|-----------------------|---------------------------------|------------|-------------|
|                       | DE 0 A 28                       | DE 29 A 49 | DE 50 A MÁS |
| TITULAR               | S/19.00                         | S/22.00    | S/23.00     |
| CÓNYUGE / CONVIVIENTE | S/19.00                         | S/22.00    | S/23.00     |
| HIJOS e HIJASTROS     | S/19.00                         | S/30.00    | S/50.00     |
| PADRES /SUEGROS (*)   |                                 | S/30.00    | S/50.00     |

(\*) Continuarán con los beneficios establecidos en la presente Directiva conforme lo dispone el artículo 4° numeral 6 de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en salud del reglamento, sin embargo, en adelante, dichos parentescos ya no podrán ser afiliados a excepción de los hijos (declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente) con sustento resolutive probatorio.

- (2) En el caso que al titular por alguna razón no se le pueda descontar a través de la planilla única de remuneración o pensión, éste podrá efectuar dichos pagos a través de los medios de pago con los que cuenta la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú. Asimismo, estas modalidades de pago se aplicarán en casos de familiares inscritos sin beneficios de pensión.
- (3) En caso del familiar que haya heredado la pensión del personal militar, éste y los derechohabientes del personal militar fallecido, podrán continuar afiliados al plan, asumiendo los aportes correspondientes.
- (4) El personal militar que desafilie a algún familiar o a la totalidad de sus familiares del plan, no tendrá derecho a la devolución de sus aportaciones. Si desea realizar su reinscripción, lo hará en las mismas



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° **11** -22

condiciones de periodo de carencia que rigen para un afiliado nuevo, de tener deudas con el presente plan deberá cancelarlas antes de su reinscripción.

- (5) El personal militar que se retrase en los pagos de las primas de sus familiares a los DOS (2) meses se realizará la suspensión de la póliza, la cual implica la suspensión de todos los beneficios del plan hasta que se regularice el pago, cuando el retraso en el pago sea de TRES (3) meses consecutivos, se les desafiliará del plan, sin derecho a devolución de las aportaciones. Si desean reinscribirse, deberán realizar la cancelación de la deuda, siempre en cuando el motivo de desafiliación haya sido por adeudar TRES (3) meses, y lo harán en las mismas condiciones que rigen para un afiliado nuevo.
- (6) Aquellos militares que pasen a la situación militar de retiro deberán acercarse a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para solicitar y presentar el formato de autorización de descuento de la Caja de Pensiones Militar Policial, dicho formato también podrá ser descargado desde la página web, [www.iafasfosmar.pe](http://www.iafasfosmar.pe), a fin de continuar con los descuentos por planilla de pensiones.
- (7) Mientras dure el proceso de asignación de pensión, el titular, deberá realizar el pago de las primas correspondientes al plan utilizando cualquiera de los siguientes medios:
  - Página web (Aplicativo "MI CUENTA")
  - Aplicativo de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS
  - Ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS, a través de la cuenta de recaudo IAFAS ONCONAVAL

El detalle de la entidad bancaria y cuenta de recaudo serán publicadas de manera permanente en la página web de la IAFAS-FOSMAR: [www.iafasfosmar.pe](http://www.iafasfosmar.pe).

c. Beneficios

- (1) Tratamiento oncológico convencional acorde a las guías de práctica clínica aprobadas por el Director del Centro Médico Naval "CMST" empleando como referencia las guías aceptadas internacionalmente según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO), hasta la categoría de evidencia 2A.
- (2) Tratamiento oncológico correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Esto incluye:
  - (a) Tratamiento quirúrgico.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

- (b) Radioterapia: braquiterapia, tratamiento conformacional 3D, 2D, radiofrecuencia y radiocirugía.
- (c) Tratamiento médico: quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica, terapia con modificadores de la respuesta biológica; como son los anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inmunoterapia, antiangiogénicos y factores de crecimiento epidermal (EGFR) e inhibidores de tirosina kinasa, dichos medicamentos deben estar incluidos en el petitorio farmacológico oncológico de vigencia anual.

Estos tratamientos para su cobertura deben estar disponibles en el Perú y recomendados en las guías de manejo de la NCCN hasta el nivel de categoría 2A, ESMO y aprobados por la Food and Drug Administration (FDA).

- (3) Exámenes y/o procedimientos especiales de ayuda diagnóstica para el manejo oncológico.
- (4) Cuidados paliativos y terapia del dolor oncológico hospitalarios.
- (5) Complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico, debidamente autorizadas por la Auditoria Médica de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (6) Servicio de ambulancia en caso de emergencia prioridad I y II bajo la modalidad de reembolso.
- (7) Traslado de pacientes hospitalizados en el Centro Médico Naval "CMST" a IPRESS extrainstitucionales.
- (8) Entrega de medicamentos solo, de acuerdo con el Petitorio Farmacológico Onconaval aprobado, descrito en el Anexo "C" de la presente directiva, el cual tendrá vigencia anual.

d. Activación de los beneficios del plan

- (1) Se inicia con la presentación del resultado anátomo patológico y en los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables se presentará un informe médico anexando los exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y de laboratorio), para la verificación de la afiliación respectiva en el Departamento de Gestión del Asegurado y Auditoria Médica del Departamento de Prestaciones de Salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, para la posterior activación del plan.
- (2) Para el caso de tumores no biopsiables operables, se iniciará la activación de los beneficios del Plan una vez confirmada la patología de cáncer previa autorización y auditada por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

- (3) En caso la intervención quirúrgica y/o biopsia no sea posible o recomendable por el médico tratante y no se cuente por tal motivo con el resultado anatomopatológico, deberá ser autorizado y auditada por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (4) Los exámenes patológicos que presumen la existencia de una enfermedad oncológica, deberán ser presentados ante la IAFAS-FOSMAR, debiendo completar el formato de solicitud de activación del plan, que se adjunta en el Apéndice VIII del Anexo "A" de la presente Directiva, con la finalidad de que los mismos sean sujetos a la evaluación de auditoría médica que confirme el diagnóstico oncológico, y de ser positivo, se emita el carnet oncológico correspondiente, con el cual el afiliado podrá iniciar su tratamiento en la IPRESS que corresponda.
- (5) Para que la activación de los beneficios sea efectiva, será necesario que transcurra un período de carencia, el mismo que será de NOVENTA (90) días, contados a partir de la fecha del primer descuento o pago en cuenta, asimismo deberá contar con TRES (3) aportes y su póliza vigente, después de lo cual podrá acceder a todos los beneficios que ofrece el plan. Los afiliados inscritos en el plan oncológico y desean que su recaudo se contabilice en la fecha más próxima, el pago lo podrá realizar a través de cuenta recaudo de la IAFAS de acuerdo con lo siguiente:
  - En la ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS, indicará el plan a pagar "ONCONAVAL"
  - Indicar nombre y código de recaudo vigente
  - Deberá proporcionar el número de DNI y nombre completo del titular
  - Indicar la cantidad a pagar de acuerdo con las primas mensuales y el número de meses a cancelar
  - Al culminar el pago, enviar el voucher escaneado al correo [difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe](mailto:difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe)
- (6) Una vez realizado el procedimiento de activación del Plan Onconaval, deberá solicitar en la Oficina de Atención al Usuario de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, su código ON el cual irá consignado en el carné oncológico.
- (7) Para la elaboración del carné oncológico de acuerdo a los datos registrados en su DNI deberá dejar una copia fotostática del mismo.
- (8) La confección del carné se realizará en un plazo de DOS (2) días hábiles, siendo los miércoles y viernes los días designados para el recojo del mismo en la Oficina de Atención al Usuario.
- (9) Para la actualización de diagnóstico oncológico por una nueva patología, se deberá ingresar por el área de atención al usuario el nuevo informe anatomopatológico que sustente dicho diagnóstico



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

con la finalidad de actualizar en el sistema la nueva patología, así como adicionarlo en el carné oncológico, para su respectiva cobertura.

- (10) El período de latencia será de TREINTA (30) días, a partir de la fecha de la desafiliación.

e. Cobertura

- (1) La cobertura comprende lo siguiente:

- Afiliados.- Comprende prestaciones de atención médicas y medicinas de Petitorio Farmacológico Onconaval.

- (2) Incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval "CMST", así como en Centros Médicos Especializados del país con los que exista convenios y/o acuerdos, para aquellos exámenes o procedimientos médicos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval "CMST"; los mismos que serán solicitados por el Servicio de Oncología Médica y/o Junta Médica correspondiente a través del Director del Centro Médico Naval "CMST", y evaluados por el Auditor Médico del Plan de Salud Complementario Onconaval.

f. Exclusiones

- (1) Casos de cáncer pre-existentes. No se considera como preexistencias a las enfermedades oncológicas del asegurado que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan que coberturó este tipo de enfermedad, en el periodo inmediatamente anterior a la afiliación del presente plan, siendo la declaración de enfermedad preexistente obligatoria por parte del asegurado al momento de su afiliación.
- (2) Cáncer que se haya detectado durante período de carencia.
- (3) Exámenes y/o procedimientos médicos previos al diagnóstico del cáncer, excepto los exámenes preventivos oncológicos autorizados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (4) Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.
- (5) Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos, que no hayan sido calificados y aprobados como "estándares" por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2A vigentes al momento de la atención y que cuenten con aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).
- (6) Trasplante de médula ósea, tejidos y órganos.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

- (7) Cirugía estética o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo.
- (8) Reconstrucción mamaria (se cobertura solo casos de mastectomía radical).
- (9) Gastos por cualquier tipo de traslado del paciente, gastos de acompañante, transporte o estadía, excepto lo estipulado en los beneficios (de acuerdo con la disponibilidad presupuestal).
- (10) Todo tratamiento fuera del territorio nacional.
- (11) Equipos audio visuales y otros similares.
- (12) Gastos originados por los pacientes que no cumplan con las indicaciones clínicas, terapéuticas y procedimientos establecidos por el médico tratante.
- (13) Gastos originados por los pacientes que acudan por su cuenta a otra IPRESS sin autorización de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, excepto casos de emergencias oncológicas (prioridad I y II) ocurridas por neoplasia activa.
- (14) Medicamentos no contemplados en el Petitorio de Medicinas Oncológicas del Plan de Salud Onconaval vigente.
- (15) Medicamentos y tratamientos experimentales o en investigación.
- (16) Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas. Medicinas homeopáticas y medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA.
- (17) Cuidados paliativos y terapia del dolor domiciliarios.
- (18) Cualquier prestación de salud cubierta por el Plan de Salud Básico.
- (19) Los tamizajes de los donantes de hemoderivados a transfundir (paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitados y similares), con excepción de las muestras aceptadas para la donación

**3.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS INSTITUCIONALES:**

- a. Para acceder a la prestación de salud oncológica del personal beneficiario al Plan de Salud Onconaval en las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú que correspondan, serán los únicos requisitos indispensables la presentación del Carnet Oncológico emitido por la IAFAS-FOSMAR, su Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta de Identidad Naval (TIN) y/o Tarjeta de Identidad Familiar (TIF), que se encuentren debidamente registrados en la Base de Datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- b. A partir de la emisión del carnet oncológico, y mientras tome el desarrollo de mejores sistemas informáticos, los pacientes oncológicos que se atiendan en IPRESS institucionales deberán registrar cada atención médica requerida en el Departamento de Oncología del Centro Médico Naval, a fin de garantizar que dichas prestaciones sean coberturadas por el Plan de Salud Onconaval, y de esta forma evitar que algunas atenciones sean registradas en el Plan de



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

Salud Básico con el consiguiente copago que esto generaría, cuando deberían ser coberturadas por el Plan Onconaval.

**4.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES:**

- a. Para acceder a la prestación de salud, el Personal Militar y sus derechohabientes deberán agotar todos los recursos existentes dentro del Sistema de Salud Naval, considerando el principio de progresión de la capacidad resolutive que tiene por finalidad la continuidad de la atención de las necesidades de salud de nuestros afiliados.
- b. La IPRESS de la Marina de Guerra del Perú solicitará los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos de atenciones extrainstitucionales, solo en caso de limitaciones de especialistas, equipamiento médico y reactivos.
- c. La IPRESS de la Marina de Guerra del Perú de mayor complejidad, gestionará ante la IAFAS FOSMAR la carta de garantía, considerando la prioridad en la atención de salud, adjuntando el formato de requerimiento de atención extrainstitucional (FRAE) del Apéndice IX del Anexo "A" de la presente directiva, el cual deberá ser llenado y debidamente sustentado por el médico tratante, debiendo en adición incluir fotocopia del carnet oncológico, TIN, TIF y DNI del titular y paciente.
- d. De acuerdo con el requerimiento de la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, se procede a la elaboración de la carta de garantía, evaluando la necesidad y la complejidad de la prestación de salud de acuerdo a la disponibilidad de atención en las redes de las IPRESS extrainstitucionales que puedan brindar el servicio. En los casos de emergencia médica de prioridad I y II se procederá a emitir las cartas de garantía por un importe base inicial el cual podrá ser ampliado de acuerdo al requerimiento de la IPRESS extrainstitucional.
- e. Autorizada la carta de garantía, ésta será entregada al usuario de forma digital o física, quien gestionará su cita y asistirá a la IPRESS extrainstitucional para la prestación de salud según disponibilidad del servicio, debiendo presentar dicha carta únicamente a la IPRESS autorizada, la orden médica y el formato de acta de conformidad del Apéndice X del Anexo "A" de la presente directiva, dentro del periodo de vigencia de la carta. La gestión de la cita ante la IPRESS extrainstitucional lo realiza el paciente y es su responsabilidad conseguir su atención.
- f. En el caso que el afiliado se encuentre hospitalizado y no cuente con familiar responsable, una vez autorizada la carta de garantía, el equipo de salud de la IPRESS velará por la continuidad de su atención según requiera para mejorar su estado de salud, incluyendo la gestión de la cita de atención en las IPRESS extrainstitucionales de ser el caso.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 -22

- g. Terminada la prestación de salud, el usuario firmará el acta de conformidad y coordinará con la IPRESS extrainstitucional la fecha de entrega de los resultados o informe médico.

**APÉNDICES:**

- "I" - PÓLIZA DE SUSCRIPCIÓN AL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL
- "II" - AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS POR LA OGA
- "III" - AUTORIZACION PARA DESCUENTOS POR LA CPMP
- "IV" - AUTORIZACION PARA DESCUENTOS POR LA OPREFA
- "V" - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
- "VI" - FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL
- "VII" - FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DEL PLAN ONCONAVAL
- "VIII" - FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCION EXTRA INSTITUCIONAL (FRAE)
- "IX" - FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD





15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

## CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL PLAN DE SALUD ONCONAVAL

El Plan de Salud Complementario Onconaval contempla los costos del tratamiento de cáncer correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Asimismo, el tratamiento médico realizado en el Centro Médico Naval "CMST", así como en Centros Médicos Especializados en el país con los que exista convenios.

### 1.- BENEFICIARIOS

- a. Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a remuneración o pensión por quienes el Estado efectúe el aporte al Plan de Salud Básico.
- b. Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Marina de Guerra del Perú por quienes el Estado efectúe el aporte al Plan de Salud Básico; mientras mantengan la citada condición en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- c. Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable e inscrito en la base de datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- d. Hijo (s) e hijastro (s) menor (es) de edad que se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- e. Hijo (s) e hijastro (s) mayor (es) de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, quien podrá ser afiliado sin límite de edad, siempre y cuando el titular acredite dicha condición con el Certificado de Discapacidad en el grado de "discapacidad severa", debiendo ser este documento expedido por el Centro Médico Naval "CMST" u hospitales del Ministerio de Salud.
- f. Hijo (s) e hijastro (s) declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente.
- g. Los derechohabientes, hijos e hijastros mayores de edad hasta cumplir los 28 años, en las siguientes condiciones: ser soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación técnico o superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica con tarjeta de identidad familiar (TIF) vigente aprobada por la Dirección de Administración de Personal de la Marina. Estos derechohabientes que



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

hayan sido afiliados hasta este límite de edad podrán mantenerse afiliados en la medida que continúen realizando sus aportes a esta Plan de Salud.

- h. Los familiares que hayan heredado la pensión del titular del seguro y que el Estado aporte por estos a la IAFAS FOSMAR.
- i. Los hijos recién nacidos del Personal Militar en caso sean diagnosticados de cáncer dentro de los CUARENTA Y CINCO (45) días de edad, tendrán cobertura en los gastos de tratamiento de la enfermedad por el Plan de Salud Complementario Onconaval, siendo requisito indispensable que el titular se encuentre afiliado al plan, como mínimo TRES (3) meses de afiliación, dentro de este periodo, el titular deberá realizar la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo quedará sin cobertura automáticamente del plan.
- j. Padres, suegros e hijos mayores de 28 años que fueron afiliados al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes de octubre del año 2019, y que mantienen dicha condición en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes.

**2.- NORMAS**

- a. Para la suscripción, afiliación y desafiliación
  - (1) La suscripción al Plan de Salud Complementario Onconaval es de forma voluntaria. Será realizada por el titular, o el familiar que acceda a la pensión en caso de fallecimiento de mismo, a través del llenado de la póliza de suscripción, formatos de autorización de descuento que figuran en los Apéndices I, II, III, IV y V y la declaración jurada de salud del Apéndice VI del Anexo "A" de la presente directiva.
  - (2) La afiliación se dará una vez que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú haya validado los requisitos establecidos en el párrafo anteriormente expuesto.
  - (3) La edad límite de afiliación es de 65 años (permitido hasta los 64 años 11 meses 31 días) para titulares, cónyuges y familiares herederos de pensión. Toda persona que haya sido afiliada al plan antes de cumplir dicha edad se mantiene afiliada en la medida que continúa realizando sus aportes de prima).
  - (4) La edad límite de afiliación para el hijo o hijastro del Personal Militar será hasta los 18 años; no obstante, podrán afiliarse los hijos o hijastros desde los 18 años hasta los 28 años de edad, siempre que acrediten que se encuentran estudiando y dependan económicamente del titular, debiendo encontrarse debidamente registrados en la Base de Datos



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° **11** -22

de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.

- (5) Los hijos o hijastros citados en el párrafo precedente, continuarán con la cobertura del plan siempre y cuando se mantengan al día en el pago de sus primas.
- (6) El hijo o hijastro mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, podrá ser afiliado sin límite de edad.
- (7) Los hijos recién nacidos del Personal Militar en caso sean diagnosticados de cáncer dentro de los CUARENTA Y CINCO (45) días de edad, tendrán cobertura en los gastos de tratamiento de la enfermedad por el Plan de Salud Complementario Onconaval, siendo requisito indispensable que el titular se encuentre afiliado al plan, como mínimo TRES (3) meses de afiliación sin primas pendientes de pago, dentro de este periodo, el titular deberá realizar la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo quedará sin cobertura automáticamente del plan.
- (8) Cuando el titular decida desafiliar a algún familiar inscrito en el Plan de Salud Complementario Onconaval, deberá llenar y firmar el formato del Apéndice VII del Anexo "A" de la presente directiva, este trámite deberá realizarse con TREINTA (30) días antes del próximo descuento.

b. Condiciones de aportación

- (1) El aporte mensual por persona por su afiliación al plan, será asumido por el Titular, el mismo que se hará efectivo a través de la planilla única de remuneración o pensión, de acuerdo al detalle que se muestra en el siguiente cuadro; pudiendo este ser variado unilateralmente por la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo a la normativa vigente:

| PARENTESCO            | APORTES MENSUALES SEGÚN LA EDAD |            |             |
|-----------------------|---------------------------------|------------|-------------|
|                       | DE 0 A 28                       | DE 29 A 49 | DE 50 A MÁS |
| TITULAR               | S/19.00                         | S/22.00    | S/23.00     |
| CÓNYUGE / CONVIVIENTE | S/19.00                         | S/22.00    | S/23.00     |
| HIJOS e HIJASTROS     | S/19.00                         | S/30.00    | S/50.00     |
| PADRES /SUEGROS (*)   |                                 | S/30.00    | S/50.00     |

(\*) Continuarán con los beneficios establecidos en la presente Directiva conforme lo dispone el artículo 4° numeral 6 de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en salud del reglamento, sin embargo, en adelante, dichos parentescos ya no podrán ser afiliados a excepción de los hijos (declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente) con sustento resolutivo probatorio.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 -22

- (2) En el caso que al titular por alguna razón no se le pueda descontar a través de la planilla única de remuneración o pensión, éste podrá efectuar dichos pagos a través de los medios de pago con los que cuenta la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú. Asimismo, estas modalidades de pago se aplicarán en casos de familiares inscritos sin beneficios de pensión.
- (3) En caso del familiar que haya heredado la pensión del personal militar, éste y los derechohabientes del personal militar fallecido, podrán continuar afiliados al plan, asumiendo los aportes correspondientes.
- (4) El personal militar que desafilie a algún familiar o a la totalidad de sus familiares del plan, no tendrá derecho a la devolución de sus aportaciones. Si desea realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones de periodo de carencia que rigen para un afiliado nuevo, de tener deudas con el presente plan deberá cancelarlas antes de su reinscripción.
- (5) El personal militar que se retrase en los pagos de las primas de sus familiares a los DOS (2) meses se realizará la suspensión de la póliza, la cual implica la suspensión de todos los beneficios del plan hasta que se regularice el pago, cuando el retraso en el pago sea de TRES (3) meses consecutivos, se les desafiliará del plan, sin derecho a devolución de las aportaciones. Si desean reinscribirse, deberán realizar la cancelación de la deuda, siempre en cuando el motivo de desafiliación haya sido por adeudar TRES (3) meses, y lo harán en las mismas condiciones que rigen para un afiliado nuevo.
- (6) Aquellos militares que pasen a la situación militar de retiro deberán acercarse a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para solicitar y presentar el formato de autorización de descuento de la Caja de Pensiones Militar Policial, dicho formato también podrá ser descargado desde la página web, [www.iafasfosmar.pe](http://www.iafasfosmar.pe), a fin de continuar con los descuentos por planilla de pensiones.
- (7) Mientras dure el proceso de asignación de pensión, el titular, deberá realizar el pago de las primas correspondientes al plan utilizando cualquiera de los siguientes medios:
  - Página web (Aplicativo "MI CUENTA")
  - Aplicativo de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS
  - Ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS, a través de la cuenta de recaudo IAFAS ONCONAVAL



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

El detalle de la entidad bancaria y cuenta de recaudo serán publicadas de manera permanente en la página web de la IAFAS-FOSMAR: [www.iafasfosmar.pe](http://www.iafasfosmar.pe).

c. Beneficios

- (1) Tratamiento oncológico convencional acorde a las guías de práctica clínica aprobadas por el Director del Centro Médico Naval "CMST" empleando como referencia las guías aceptadas internacionalmente según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2A.
- (2) Tratamiento oncológico correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Esto incluye:
  - (a) Tratamiento quirúrgico.
  - (b) Radioterapia: braquiterapia, tratamiento conformacional 3D, 2D, radiofrecuencia y radiocirugía.
  - (c) Tratamiento médico: quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica, terapia con modificadores de la respuesta biológica; como son los anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inmunoterapia, antiangiogénicos y factores de crecimiento epidermal (EGFR) e inhibidores de tirosina kinasa, dichos medicamentos deben estar incluidos en el petitorio farmacológico oncológico de vigencia anual.

Estos tratamientos para su cobertura deben estar disponibles en el Perú y recomendados en las guías de manejo de la NCCN hasta el nivel de categoría 2A, ESMO y aprobados por la FDA.

- (3) Exámenes y/o procedimientos especiales de ayuda diagnóstica para el manejo oncológico.
- (4) Cuidados paliativos y terapia del dolor oncológico hospitalarios.
- (5) Complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico, debidamente autorizadas por la Auditoría Médica de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (6) Servicio de ambulancia en caso de emergencia prioridad I y II bajo la modalidad de reembolso.

DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

- (7) Traslado de pacientes hospitalizados en el Centro Médico Naval "CMST" a IPRESS extrainstitucionales.
- (8) Entrega de medicamentos solo, de acuerdo con el Petitorio Farmacológico Onconaval aprobado, descrito en el Anexo "C" de la presente directiva, el cual tendrá vigencia anual.

d. Activación de los beneficios del plan

- (1) Se inicia con la presentación del resultado anátomo patológico y en los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables se presentará un informe médico anexando los exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y de laboratorio), para la verificación de la afiliación respectiva en el Departamento de Gestión del Asegurado y Auditoría Médica del Departamento de Prestaciones de Salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, para la posterior activación del plan.
- (2) Para el caso de tumores no biopsiables operables, se iniciará la activación de los beneficios del plan una vez confirmada la patología de cáncer previa autorización y auditada por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (3) En caso la intervención quirúrgica y/o biopsia no sea posible o recomendable por el médico tratante y no se cuente por tal motivo con el resultado anatomopatológico, deberá ser autorizado y auditada por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (4) Los exámenes patológicos que presumen la existencia de una enfermedad oncológica, deberán ser presentados ante la IAFAS-FOSMAR, debiendo completar el formato de solicitud de activación del plan, que se adjunta en el Apéndice VIII del Anexo "A" de la presente directiva, con la finalidad de que los mismos sean sujetos a la evaluación de auditoría médica que confirme el diagnóstico oncológico, y de ser positivo, se emita el carnet oncológico correspondiente, con el cual el afiliado podrá iniciar su tratamiento en la IPRESS que corresponda.
- (5) Para que la activación de los beneficios sea efectiva, será necesario que transcurra un período de carencia, el mismo que será de NOVENTA (90) días, contados a partir de la fecha del primer descuento o pago en cuenta, asimismo deberá contar con TRES (3) aportes y su póliza vigente, después de lo cual podrá acceder a todos los beneficios que ofrece el plan. Los afiliados inscritos en el plan oncológico y desean que su recaudo se contabilice en la fecha más



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

próxima, el pago lo podrá realizar a través de cuenta recaudo de la IAFAS de acuerdo con lo siguiente:

- En la ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por la IAFAS, indicará el plan a pagar "ONCONAVAL"
  - Indicar nombre y código de recaudo vigente
  - Deberá proporcionar en N° de DNI y nombre completo del titular
  - Indicar la cantidad a pagar de acuerdo con las primas mensuales y el número de meses a cancelar
  - Al culminar el pago, enviar el voucher escaneado al correo [difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe](mailto:difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe)
- (6) Una vez realizado el procedimiento de activación del Plan Onconaval, deberá solicitar en la Oficina de Atención al Usuario de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, su código ON el cual irá consignado en el carné oncológico.
- (7) Para la elaboración del carné oncológico de acuerdo a los datos registrados en su DNI deberá dejar una copia fotostática del mismo.
- (8) La confección del carné se realizará en un plazo de DOS (2) días hábiles, siendo los miércoles y viernes los días designados para el recojo del mismo en la Oficina de Atención al Usuario.
- (9) Para la actualización de diagnóstico oncológico por una nueva patología, se deberá ingresar por el área de atención al usuario el nuevo informe anatomopatológico que sustente dicho diagnóstico, con la finalidad de actualizar en el sistema la nueva patología, así como adicionarlo en el carné oncológico, para su respectiva cobertura
- (10) El período de latencia será de TREINTA (30) días, a partir de la fecha de la desafiliación.

**e. Cobertura**

- (1) La cobertura comprende lo siguiente:
- Afiliados.- Comprende prestaciones de atención médicas y medicinas de Petitorio Farmacológico Onconaval.
- (2) Incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval "CMST", así como en Centros Médicos Especializados del país con los que exista convenios y/o acuerdos, para aquellos exámenes o procedimientos médicos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval "CMST"; los mismos que serán solicitados por el Servicio



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° **11** -22

de Oncología Médica y/o Junta Médica correspondiente a través del Director del Centro Médico Naval "CMST", y evaluados por el Auditor Médico del Plan de Salud Complementario Onconaval.

f. Exclusiones

- (1) Casos de cáncer pre-existent. No se considera como preexistencias a las enfermedades oncológicas del asegurado que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan que coberturó este tipo de enfermedad, en el periodo inmediatamente anterior a la afiliación del presente plan, siendo la declaración de enfermedad preexistente obligatoria por parte del asegurado al momento de su afiliación.
- (2) Cáncer que se haya detectado durante período de carencia.
- (3) Exámenes y/o procedimientos médicos previos al diagnóstico del cáncer, excepto los exámenes preventivos oncológicos autorizados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.
- (4) Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.
- (5) Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos, que no hayan sido calificados y aprobados como "estándares" por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2A vigentes al momento de la atención y que cuenten con aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).
- (6) Trasplante de médula ósea, tejidos y órganos.
- (7) Cirugía estética o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo.
- (8) Reconstrucción mamaria (se cobertura solo casos de mastectomía radical).
- (9) Gastos por cualquier tipo de traslado del paciente, gastos de acompañante, transporte o estadía, excepto lo estipulado en los beneficios (de acuerdo con la disponibilidad presupuestal).
- (10) Todo tratamiento fuera del territorio nacional.
- (11) Equipos audio visuales y otros similares.
- (12) Gastos originados por los pacientes que no cumplan con las indicaciones clínicas, terapéuticas y procedimientos establecidos por el médico tratante.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

- (13) Gastos originados por los pacientes que acudan por su cuenta a otra IPRESS sin autorización de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, excepto casos de emergencias oncológicas (prioridad I y II) ocurridas por neoplasia activa.
- (14) Medicamentos no contemplados en el Petitorio de Medicinas Oncológicas del Plan de Salud Onconaval vigente.
- (15) Medicamentos y tratamientos experimentales o en investigación.
- (16) Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas. Medicinas homeopáticas y medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA.
- (17) Cuidados paliativos y terapia del dolor domiciliarios.
- (18) Cualquier prestación de salud cubierta por el Plan de Salud Básico.
- (19) Los tamizajes de los donantes de hemoderivados a transfundir (paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitados y similares), con excepción de las muestras aceptadas para la donación.

**1.- PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSOS**

Al elegir esta modalidad, el afiliado deberá presentar un expediente para solicitar el reembolso por el Plan de Salud Complementario Onconaval, cumpliendo los siguientes requisitos:

- a. Estar al día en sus aportes mensuales al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes vigente.
- b. Casos de emergencias oncológicas ocurridas por neoplasia activa:
  - (1) Emergencias Metabólicas:
    - Síndrome de lisis tumoral
    - Hipercalcemia maligna
    - Secreción Inadecuada de vasopresina
    - Acidosis Láctica
    - Hipoglicemia
    - Insuficiencia adrenal
  - (2) Emergencias Estructurales:
    - Compresión medular
    - Síndrome de vena cava superior
    - Hipertensión endocraneana
    - Taponamiento cardíaco
    - Obstrucción de vía aérea
    - Síndrome pilórico
    - Obstrucción intestinal



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- Obstrucción de Vía Biliar
- Obstrucción de vía urinaria
- (3) Asociadas al tratamiento:
  - Neutropenia Febril
  - Síndrome de Lisis Tumoral
  - Reacciones Infusionales
  - Colitis Neutropénica
  - Colitis Hemorrágica
- (4) Adicionalmente Emergencias Prioridad I y II relacionadas al diagnóstico oncológico.
- c. Después de realizada la atención, tiene como máximo 30 días calendarios, desde la fecha de emisión de factura para presentar los documentos solicitados para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.
- d. Firmar la solicitud para devolución por gastos efectuados según modelo del Apéndice I del Anexo "D" de la presente directiva, que será llenado en las Oficinas de Atención al Usuario de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, el día que se acerque a presentar todos los documentos solicitados para el trámite, en caso de que faltase algún documento, el expediente no será tramitado.
- e. En caso de emergencias (accidental o médica), adjuntar copia de la Hoja de Emergencia y/o Historia Clínica, resultado de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos. En caso esta requiera de Cirugía u Hospitalización, adjuntar copia del Informe Médico y/o Epicrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
- f. Copia del DNI del Titular (para emisión del cheque), en caso que el titular no pueda cobrar el cheque, el familiar podrá presentar carta poder con firma legalizada notarialmente y adjuntar copia del DNI del mismo.
- g. No se acepta reembolso originado bajo automedicación.
- h. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.
- i. El Plan de Salud Complementario Onconaval se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a Clínicas, Centros de Salud, y otros proveedores que no se encuentren debidamente acreditados ante SUSALUD.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 99 -22

- j. En caso de no presentar el detallado con costos de farmacia, se aplicará el descuento del 25% al monto total.
- k. El reembolso se hará efectivo como máximo en 30 días calendarios de ser presentado el expediente completo. En caso de ser observado el expediente y absuelta la observación, se tomará en cuenta los 30 días calendarios a partir de la fecha que se levantó la observación.



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE II DEL ANEXO "A"

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA  
OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN (OGA)**

YO ..... CIP: ..... DNI:  
..... DOMICILIO REAL: .....  
DISTRITO: ..... PROVINCIA: ..... DEPARTAMENTO: .....  
TELÉFONO DE CASA: ..... NÚMERO DE CELULAR: ..... E-MAIL:  
.....

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE, EN MI CONDICIÓN DE TITULAR DEL SISTEMA DE SALUD NAVAL AUTORIZO A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ A EFECTUAR LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES PARA EL DESCUENTO POR EL PAGO DE LAS PRIMAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL A TRAVÉS DE MI BOLETA DE PAGO DE REMUNERACIONES.

ASIMISMO, AUTORIZO A QUE DICHO DESCUENTO SE HAGA EFECTIVO EN ESTRICTA OBSERVANCIA AL DECRETO LEGISLATIVO N° 1173 – DECRETO LEGISLATIVO DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS – Y EL DECRETO SUPREMO N° 010- 2014-EF- NORMA REGLAMENTARIAS PARA QUE LAS ENTIDADES PÚBLICAS REALICEN AFECTACIONES EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS.

LUGAR: .....

FECHA: ..... DE ..... DEL .....

.....  
(FIRMA)



Huella Digital



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE III DEL ANEXO "A"

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA  
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

YO ..... EN  
SITUACIÓN DE ..... IDENTIFICADO CON CIP. .... D.N.I. (CE) .....  
DOMICILIADO .....  
DISTRITO ..... CON TELÉFONO .....

AUTORIZO A LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ A EFECTUAR EL DESCUENTO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE SALUD EXTRA-INSTITUCIONALES, ASÍ COMO LAS APORTACIONES RESPECTIVAS A LOS PLANES DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL Y SEGUNDA CAPA, SOBRE MI PENSIÓN MENSUAL QUE PERCIBO A TRAVÉS DE LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL, SIENDO LOS CÓDIGOS DE DESCUENTO AUTORIZADOS LOS SIGUIENTES:

- 0001 PLAN ONCONAVAL
- 0002 PLAN SEGUNDA CAPA
- 0003 ATENCIONES EXTRAINSTITUCIONALES

ASIMISMO, MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ, SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL MONTO DEL DESCUENTO ENVIADO Y EFECTUADO POR LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL SOBRE MI PENSIÓN; POR LO QUE CUALQUIER RECLAMO O CONSULTA LA REALIZARÉ A DICHA ENTIDAD.

Bellavista, ..... de ..... del 20.....

.....  
FIRMA

D.N.I. (CE) .....

Huella Digital



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE IV DEL ANEXO "A"

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA  
OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (OPREFA)**

YO ..... CIP: ..... DNI:  
..... DOMICILIO REAL: .....  
DISTRITO: ..... PROVINCIA: ..... DEPARTAMENTO: .....  
TELÉFONO DE CASA: ..... NÚMERO DE CELULAR: ..... E-MAIL:  
.....

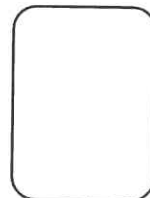
POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE, EN MI CONDICIÓN DE TITULAR DEL SISTEMA DE SALUD NAVAL AUTORIZO A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ A EFECTUAR LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES PARA EL DESCUENTO POR EL PAGO DE LAS PRIMAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL A TRAVÉS DE MI BOLETA DE PAGO DE REMUNERACIONES.

ASIMISMO, AUTORIZO A QUE DICHO DESCUENTO SE HAGA EFECTIVO EN ESTRICTA OBSERVANCIA AL DECRETO LEGISLATIVO N° 1173 – DECRETO LEGISLATIVO DE LAS INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS – Y EL DECRETO SUPREMO N° 010- 2014-EF- NORMA REGLAMENTARIAS PARA QUE LAS ENTIDADES PÚBLICAS REALICEN AFECTACIONES EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS.

LUGAR: .....

FECHA: ..... DE ..... DEL .....

.....  
(FIRMA)



Huella Digital



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

**APÉNDICE V DEL ANEXO "A"**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Yo ..... Grado .....  
Situación ..... CIP. .... DNI. .... Dependencia ..... Domiciliado  
en: ..... Telf. Casa ..... Telf.  
Trabajo ..... anexo ..... celular ..... Correo Electrónico .....

Marque con un (X) según corresponda: Si la respuesta es afirmativa, ampliar la información solicitada

| Persona propuesta para<br>afiliación                                                                         | TITULAR |    | CÓNYUGE |    | HIJO 1 |    | HIJO 2 |    | HIJO 3 |    | HIJO 4 |    | HIJO 5 |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|---------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
|                                                                                                              | SI      | NO | SI      | NO | SI     | NO | SI     | NO | SI     | NO | SI     | NO | SI     | NO |
| ¿Tiene o ha tenido<br>Tumores benignos o<br>malignos o cáncer en<br>cualquier órgano o tejido<br>del cuerpo? |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |

Si respondió afirmativamente, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro

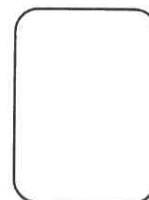
| Nombre y Apellido<br>de la persona tratada | Diagnóstico de la<br>enfermedad o dolencia | Fecha de atención y lugar<br>(clínica, consultorio o<br>institución) | Indicar si hubo cirugía,<br>tipo de operación y<br>estado actual |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                            |                                            |                                                                      |                                                                  |
|                                            |                                            |                                                                      |                                                                  |
|                                            |                                            |                                                                      |                                                                  |

Declaro bajo juramento que la respuesta dada en la presente Declaración Jurada de Salud son verídicas y completas; por lo que cualquier omisión simulación o falsedad hará perder todo derecho de afiliación en el presente Plan de Salud Complementario Onconaval, asumiendo el declarante las responsabilidades éticas y legales resultantes del presente acto.

Bellavista, ..... de.....del 20.....

.....  
FIRMA DEL TITULAR

D.N.I. ....



(Huella Digital)

**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

**APÉNDICE VI DEL ANEXO "A"**



**FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE  
SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL**

**PLAN ONCONAVAL**

Yo, ..... Grado.....  
Situación.....CIP.....DNI.....Dependencia.....  
Domiciliado en:.....  
Telf. Casa.....Telf. Trabajo.....Anexo.....Cel.....  
Correo electrónico.....  
Deseo que la persona inscrita en el Plan de Salud Complementario Onconaval, que a  
continuación indico:

Apellidos y Nombres: .....  
Parentesco: .....Nro. DNI.: .....

- Sea desafiliada (o) del plan de salud complementario (.....); o,
- Pague directamente el valor de la prima (....),

Debido a lo siguiente (Marque obligatoriamente una "X" el motivo correspondiente o  
especifique el motivo en "Otros"):

- Cuenta con otro Seguro  
Oncológico
- Costo elevado de la Prima
- Divorcio (Adjuntar partida  
de matrimonio con  
anotación de disolución de  
matrimonio)
- Fallecimiento (adjuntar  
certificado de defunción)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Nombre del Seguro: .....  
(información necesaria para la verificación en  
el Sistema de SUSALUD)

➤ Otros .....  
.....

Por lo que autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a  
realizar los trámites necesarios para que se me exceptúe de los descuentos mensuales  
correspondientes, teniendo conocimiento que no tengo derecho a solicitar la devolución  
de las aportaciones realizadas.

Asimismo, el Titular firmante de la presente solicitud EXPRESA SU CONSENTIMIENTO Y  
CONFORMIDAD de los efectos de esta solicitud, por lo que en caso MI PERSONA EN  
CONDICIÓN DE TITULAR y/o MI DERECHOHABIENTE sea diagnosticado con cáncer y no se  
encuentren debidamente afiliados al Plan Onconaval, no podrá ser cubiertos por la IAFAS  
FOSMAR.

Bellavista, ..... de ..... del 20....

.....  
**Firma del Titular**



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

**NOTA 1:** Este formato será presentado en original y por cada familiar a desafiliar del Plan Onconaval o de su cobro.

**NOTA 2:** Para el caso del motivo de desafiliación por causal de "Divorcio", el Titular que no pueda acreditar dicha condición deberá presentar una Declaración Jurada de conocimiento de desafiliación (Anexo 1) o la solicitud de continuidad en el Plan de Salud Onconaval (Anexo 2) debidamente firmadas por el o la cónyuge.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11-22**



**ANEXO 1 AL APÉNDICE VI DEL ANEXO "A"**

**PLAN ONCONAVAL**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo : .....  
con D.N.I. .... y con domicilio en .....  
calle.....,N°.....,Distrito.....Provincia.....  
.....Departamento.....,declaro haber tomado  
conocimiento de que mi cónyuge ....., me ha  
desafiliado del Plan de Salud Complementario Onconaval, **EXPRESANDO MI  
ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD** de dicha desafiliación. Asimismo, he tomado  
conocimiento y he recibido la información por parte de IAFAS FOSMAR que a partir  
de la fecha ya no me corresponde la cobertura oncológica del Plan  
Complementario Onconaval, siendo de mi entera responsabilidad dicha decisión.

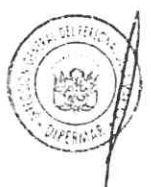
**ASIMISMO:**

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

Que en mi condición de derechohabiente **EXPRESO MI ACEPTACIÓN Y  
CONFORMIDAD** que mi Plan de Salud Básico que ofrece la IAFAS FOSMAR, sólo me ofrece  
cobertura hasta el diagnóstico oncológico, y en caso de enfermedades oncológicas no  
tendré derecho a cobertura oncológica para el tratamiento, medicamentos, terapias,  
rehabilitación y cualquier otro tipo de prestación de servicio de salud vinculado al  
tratamiento de enfermedades oncológicas.

En ....., a los .....días del mes de.....del 20....

Firma.....



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11-22

ANEXO 2 AL APÉNDICE VI DEL ANEXO "A"



PLAN ONCONAVAL

**SOLICITO:** Continuar como afiliada –  
beneficiaria en el Plan de Salud  
Complementario Onconaval

SEÑOR CONTRALMIRANTE ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE  
GUERRA DEL PERÚ

SR. CALM. :

Yo.....  
..... identificado con N° de CIP..... y N° de  
DNI..... domiciliado en .....  
....., teléfono N°....., correo  
electrónico....., autorizo la notificación  
del resultado de la solicitud al correo consignado (marcar): Si ( ) No ( )

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi condición de afiliado(a) del Plan de Salud Básico, por ser  
derechohabiente del titular ....., de  
conformidad con lo señalado en el artículo 82 del Reglamento de la Ley Marco de  
Aseguramiento Universal en Salud aprobado mediante el Decreto Supremo N° 008-  
2010-SA y de la Ley N° 30181, solicito **CONTINUAR COMO AFILIADA-BENEFICIARIA** en  
el Plan de Salud Complementario Onconaval, asumiendo la OBLIGACIÓN de realizar  
el pago mensual correspondiente a la prima del citado plan, a través de la cuenta  
de recaudo "IAFAS ONCONAVAL" con código (7673) en el Banco BBVA,  
**EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** sobre los alcances, condiciones,  
coberturas, exclusiones y demás requisitos establecido en el Plan de Salud  
Complementario Onconaval. Adicionalmente, expreso que en caso pierda mi  
condición de DERECHOHABIENTE, no podré continuar como afiliada – beneficiaria  
del plan de salud complementario onconaval, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y  
CONFORMIDAD** para que la IAFAS FOSMAR proceda a desafilarme sin derecho a  
pedir la devolución de los aportes que haya efectuado.



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 - 22

Asimismo, **DECLARO HABER SIDO INFORMADO** por IAFAS FOSMAR que de acumular TRES (3) primas sin pagar en forma consecutivas, será desafiliado (a) de manera automática del Plan de Salud Complementario Onconaval, sin derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

Atentamente

.....  
Firma



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

Ejemplar N°

15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE VII DEL ANEXO "A"

**FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DEL PLAN ONCONAVAL**

SOLICITA: ACTIVACIÓN DE CÓDIGO  
ON

SEÑOR CAPITÁN DE NAVÍO ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE  
GUERRA DEL PERÚ  
SR. C. DE N.:

Yo,.....  
identificado con N° de CIP..... y N° de DNI.....domiciliado  
en.....,†  
eléfono N° ....., correo electrónico....., ante Ud.  
con debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo recibo el informe anatomo-patológico positivo de cáncer del  
Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Naval "CMST" u otro centro  
médico especializado, solicito a Ud. tenga a bien disponer el visado del informe antes  
mencionado por el Auditor Médico, la activación de cobertura Oncológica y la  
creación del código ON, para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- UN (1) Informe anatomo patológico de fecha.../.../.....  
DIAGNÓSTICO:

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RECIBIDO POR

|                           |  |
|---------------------------|--|
| FECHA AFILIACIÓN:         |  |
| ESTADO CUENTA:            |  |
| ULTIMO<br>MES DE<br>PAGO: |  |

\_\_\_\_\_  
VºBº  
AUDITOR MÉDICO



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11-22

APÉNDICE VIII DEL ANEXO "A"

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCION EXTRAINSTITUCIONAL (FRAE)

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------|--------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FRAE N° .....AÑO 20.....               |       |        |                                     |                                        |        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SERVICIO SOLICITANTE                   |       | FECHA  |                                     | N° ATENCIÓN                            |        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR        |       | GRADO  | ESP.                                | TELEF.                                 | C.I.P. |
| UNIDAD / DEPENDENCIA                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACT.                                   | DISP. | RET.   | FALLECIDO                           |                                        |        |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TIT.                                   | ESP.  | HIJ.   | PAD.                                | SUEG.                                  | DNI.   |
| HOSPITALIZADO                                                                     | SALA                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CAMA                                   | EDAD  |        | CÓDIGO ONCONAVAL                    |                                        |        |
| PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     | CIE 10                                 |        |
| 1                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 2                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 3                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     | CPMS                                   |        |
| 1                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 2                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 3                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| COBERTURA IAFAS FOSMAR                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| TITULAR TARIFA NO REMUNERADA:<br>COBERTURA 100%                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA 80%<br>20% |       | COPAGO |                                     | AFILIADOS ONCONAVAL:<br>COBERTURA 100% |        |
| PRIORIDADES                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| EMERGENCIA (1)                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | URGENCIA (2)                           |       |        | AMBULATORIO (3)                     |                                        |        |
| DATOS A SER LLENADOS POR LA IPRESS NAVAL                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| FIRMA DEL PACIENTE                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE      |       |        | FIRME Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO |                                        |        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / JEFE DE LA IPRESS NAVAL                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 1                                                                                 | SEGÚN NORMAS DE MINSA, SE CATALOGAN COMO <b>PRIORIDAD I Y II</b> . REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA AL PONER EN PELIGRO INMINENTE LA VIDA O GRAVE RIESGO PARA LA SALUD, REQUIERE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS INMEDIATOS, EMPLEANDO LOS RECURSOS DE PERSONAL Y EQUIPAMIENTO. |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 2                                                                                 | SON SITUACIONES QUE NO EXISTE RIESGO INMINENTE DE MUERTE, SE REQUIERE RÁPIDA INTERVENCIÓN MÉDICA, PARA PREVENIR COMPLICACIONES MAYORES                                                                                                                                                      |                                        |       |        |                                     |                                        |        |
| 3                                                                                 | ES TODA CONDICIÓN QUE NO ES EMERGENCIA O URGENCIA, QUE SON EXÁMENES Y/O TRATAMIENTOS ELECTIVOS Y PROGRAMABLES.                                                                                                                                                                              |                                        |       |        |                                     |                                        |        |



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

Ejemplar N°

15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

**APÉNDICE IX DEL ANEXO "A"**

**FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD**



PERÚ

Ministerio  
de Defensa

Marina de Guerra  
del Perú

Dirección de la IPRESS  
Naval

**ACTA DE CONFORMIDAD**

Por medio de la presente se otorga la conformidad por el servicio de atención médica y/o procedimiento extrainstitucional a solicitud de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo a lo siguiente:

CARTA DE GARANTÍA: ACG N° ..... DE FECHA: .....

PACIENTE: ..... DNI/CIP: .....

TITULAR: ..... DNI/CIP: .....

DIAGNÓSTICO: .....

EXAMEN Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO: .....

MONTO VALORIZADO: .....

En tal sentido, las Instituciones representadas por las siguientes personas, suscriben la presente acta en señal de conformidad el día .....del mes de ..... del año 20...

.....  
Antefirma, firma y sello  
Institución Prestadora  
(IPRESS y/o Profesional de la Salud)

.....  
Antefirma y firma  
del paciente

.....  
Antefirma y firma  
del titular

**Nota:**

La presente Acta de Conformidad será remitida por la Institución Prestadora (IPRESS) y/o Profesional de la Salud, a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, correctamente llenada, con letra legible, firmada y con los sellos respectivos, documento con el cual se dará inicio al trámite de pago correspondiente.





DIPERMAR N° 11 - 22

ANEXO "C"

PETITORIO FARMACOLÓGICO ONCONAVAL

GRUPO A

| ITEM     | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)                                  | PRESENTACIÓN  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1</b> | <b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>                                                |               |
| 1        | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTE SIN EPINEFRINA 2% x 20 ml           | INY           |
| 2        | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO + PRESERVANTE SIN EPINEFRINA 2% x 20 ml             | INY           |
| 3        | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO + PRESERVANTE + EPINEFRINA 2% + 1:200 000 x 20 ml   | INY           |
| 4        | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO SIN PRESERVANTE + EPINEFRINA 2% + 1:200 000 x 20 ml | INY           |
| <b>2</b> | <b>ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS</b>                    |               |
| 5        | MORFINA CLORHIDRATO 10mg/ml x 1 ml                                        | INY           |
| 6        | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 500mg                                              | TAB           |
| 7        | DICLOFENACO SÓDICO 25mg/ml x 3 ml                                         | INY           |
| 8        | METAMIZOL SÓDICO 500mg/ml x 2 ml                                          | INY           |
| 9        | NAPROXENO (COMO BASE O SAL SÓDICA) 250mg                                  | TAB           |
| 10       | NAPROXENO (COMO BASE O SAL SÓDICA) 500mg                                  | TAB           |
| 11       | PARACETAMOL 120mg/5ml                                                     | FCO           |
| 12       | PARACETAMOL 100-300mg                                                     | SUP           |
| 13       | PARACETAMOL 500mg                                                         | TAB           |
| 14       | CODEÍNA FOSFATO 10-15mg/5ml                                               | LIQ. ORAL     |
| 15       | CODEÍNA FOSFATO 30mg                                                      | TAB           |
| 16       | CODEÍNA FOSFATO 30mg/ml                                                   | INY           |
| 17       | CODEÍNA FOSFATO 60mg                                                      | TAB           |
| 18       | MORFINA CLORHIDRATO 10mg/ml x 1 ml                                        | INY           |
| 19       | MORFINA CLORHIDRATO 20mg/ml x 1 ml                                        | INY           |
| 20       | MORFINA SULFATO 10mg/5ml                                                  | LIQ. ORAL     |
| 21       | MORFINA SULFATO 10mg                                                      | TAB           |
| 22       | MORFINA SULFATO 30mg                                                      | TAB           |
| 23       | MORFINA SULFATO 30mg                                                      | TAB LIB MODIF |
| 24       | OXICODONA CLORHIDRATO 5mg                                                 | TAB           |
| 25       | OXICODONA CLORHIDRATO 10mg                                                | TAB LIB MODIF |
| 26       | PETIDINA CLORHIDRATO 50mg/ml x 2 ml                                       | INY           |
| 27       | TRAMADOL CLORHIDRATO 100mg/ml gotas                                       | LIQ. ORAL     |
| 28       | TRAMADOL CLORHIDRATO 50mg/ml x 1 ml y 2 ml                                | INY           |
| 29       | TRAMADOL CLORHIDRATO 50mg                                                 | TAB           |
| 30       | TRAMADOL 100 mg/2ml                                                       | INY           |
| 31       | TRAMADOL 50 mg                                                            | TAB           |
| 32       | PARACETAMOL 375mg/TRAMADOL 37.5mg                                         | TAB           |



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 - 22

| ITEM     | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)                       | PRESENTACIÓN |
|----------|----------------------------------------------------------------|--------------|
| 33       | TRAMADOL 100mg/2 ml LIBERACION RETARDADA                       | TAB          |
| 34       | TRAMADOL 50mg LIBERACION RETARDADA                             | TAB          |
| 35       | PARCHE BUPRENORFINA 35 mcg                                     | PARCHE       |
| <b>3</b> | <b>MEDICAMENTOS PARA OTROS SÍNTOMAS Y COADYUVANTES</b>         |              |
| 36       | ACIDO GADOTERICO 0.5 mmol/ml                                   | FCO          |
| 37       | AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25mg                                 | TAB          |
| 38       | APREPITANT 80/125mg                                            | TAB          |
| 39       | DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SÓDICA) 4mg/ml x 1 ml           | INY          |
| 40       | DEXAMETASONA (COMO BASE O DEXAMETASONA FOSFATO SÓDICO) 2mg/5ml | FCO          |
| 41       | DEXAMETASONA 4mg                                               | TAB          |
| 42       | DIAZEPAM 5mg/ml x 2 ml                                         | INY          |
| 43       | DIAZEPAM 5mg                                                   | TAB          |
| 44       | DIAZEPAM 10mg                                                  | TAB          |
| 45       | DIMENHIDRINATO 50mg                                            | INY          |
| 46       | ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO 20mg/ml                              | INY          |
| 47       | FLUOXETINA (COMO CLORHIDRATO) 20mg                             | TAB          |
| 48       | HALOPERIDOL 5mg/ml x 1ml                                       | INY          |
| 49       | HALOPERIDOL 2mg/ml gotas                                       | LIQ. ORAL    |
| 50       | HALOPERIDOL 5mg                                                | TAB          |
| 51       | IOBITRIDOL 350mg/ml                                            | FCO          |
| 52       | LACTULOSA 3.1.3.7g/5ml                                         | LIQ. ORAL    |
| 53       | METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5mg/ml x 2 ml                       | INY          |
| 54       | METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5mg/5ml                             | LIQ. ORAL    |
| 55       | METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10mg                                | TAB          |
| 56       | MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 1mg/ml x 5 ml                     | INY          |
| 57       | MIDAZOLAM (COMO CLORHIDRATO) 5mg/ml x 10 ml                    | INY          |
| 58       | ONDANSETRÓN (COMO CLORHIDRATO) 2mg/ml x 4 ml                   | INY          |
| 59       | ONDANSETRÓN (COMO CLORHIDRATO) 8mg                             | TAB          |
| 60       | SIMETICONA 40mg                                                | TAB          |
| 61       | CLORFENAMINA MALEATO 10mg/ml x 1 ml                            | INY          |
| 62       | CLORFENAMINA MALEATO 4mg                                       | TAB          |
| 63       | OMEPRAZOL (COMO SAL SÓDICA) 40mg                               | INY          |
| 64       | HEPARINA SOD.5000UI/MI x 5 ml                                  | INY          |
| 65       | RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO) 25mg/ml x 2 ml                   | INY          |
| 66       | HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100mg                   | INY          |
| 67       | METILPREDNISOLONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 500mg                | INY          |
| 68       | PREDNISONA 50mg                                                | TAB          |
| 69       | PREDNISONA 20mg                                                | TAB          |
| 70       | PREDNISONA 5mg                                                 | TAB          |



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

DIPERMAR N° 11 - 22

| ITEM       | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I.)                | PRESENTACIÓN       |
|------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| 71         | RANITIDINA 50MG                                          | INY                |
| 72         | SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200mg + 40mg/5ml           | LIQ. ORAL          |
| 73         | ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO 400mg + 40mg/5ml | LIQ. ORAL          |
| 74         | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2-4% x 10 g                        | GEL TOP/JAL<br>TOP |
| 75         | NISTATINA 100 000UI/ml gotas                             | LIQ. ORAL          |
| 76         | PEGINTERFERÓN ALFA-2a 180mcg                             | INY                |
| 77         | INTERFERÓN ALFA-2b 3 000 000 - 10 000 000UI              | INY                |
| 78         | LAMIVUDINA 150mg                                         | TAB                |
| 79         | ZIDOVUDINA 100mg                                         | TAB                |
| 80         | ZIDOVUDINA 300mg                                         | TAB                |
| 81         | ZIDOVUDINA 10mg/ml x 20 ml                               | INY                |
| 82         | ISOTRETINOÍNA 20mg                                       | TAB                |
| 83         | AZACITIDINA 100mg                                        | INY                |
| 84         | BORTEZOMIB 3.5 mg                                        | INY                |
| <b>4</b>   | <b>ANTINEOPLÁSICOS:</b>                                  |                    |
| <b>4.1</b> | <b>INMUNOSUPRESORES</b>                                  |                    |
| 85         | AZATIOPRINA 50mg                                         | TAB                |
| 86         | CICLOSPORINA 100mg/ml                                    | LIQ. ORAL          |
| 87         | CICLOSPORINA 25mg                                        | TAB                |
| 88         | CICLOSPORINA 50mg                                        | TAB                |
| 89         | CICLOSPORINA 50mg/ml x 1 ml                              | INY                |
| 90         | MICOFENOLATO MOFETILO 250mg                              | TAB                |
| 91         | MICOFENOLATO MOFETILO 500mg                              | TAB                |
| 92         | TACROLIMUS 1mg                                           | TAB                |
| 93         | TACROLIMUS 5mg/ml                                        | INY                |
| 94         | TACROLIMUS 5mg                                           | TAB                |
| <b>5</b>   | <b>CITOTÓXICOS</b>                                       |                    |
| 95         | ASPARAGINASA 10 000UI                                    | INY                |
| 96         | BLEOMICINA (COMO SULFATO) 15mg/(15UI)                    | INY                |
| 97         | BUSULFANO 2mg                                            | TAB                |
| 98         | BUSULFANO 6mg/ml x 10 ml                                 | INY                |
| 99         | CAPECITABINA 500mg                                       | TAB                |
| 100        | CARBOPLATINO 150mg                                       | INY                |
| 101        | CARBOPLATINO 450mg                                       | INY                |
| 102        | CARMUSTINA 100mg                                         | INY                |
| 103        | CETUXIMAB 5mg/ml x 2 ml                                  | INY                |
| 104        | CICLOFOSFAMIDA 1g                                        | INY                |
| 105        | CICLOFOSFAMIDA 200mg                                     | INY                |
| 106        | CICLOFOSFAMIDA 50mg                                      | TAB                |



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

| ITEM | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)           | PRESENTACIÓN |
|------|----------------------------------------------------|--------------|
| 107  | CISPLATINO 10mg                                    | INY          |
| 108  | CISPLATINO 50mg                                    | INY          |
| 109  | CITARABINA 500mg                                   | INY          |
| 110  | CITARABINA SIN PRESERVANTES 100mg                  | INY          |
| 111  | CLORAMBUCILO 2mg                                   | TAB          |
| 112  | DACARBAZINA 200mg                                  | INY          |
| 113  | DACTINOMICINA 500mcg (0.5mg)                       | INY          |
| 114  | DASATINIB 50mg                                     | TAB          |
| 115  | DASATINIB 70mg                                     | TAB          |
| 116  | DAUNORUBICINA (COMO CLORHIDRATO) 20mg              | INY          |
| 117  | DEXRAZOXANO (COMO CLORHIDRATO) 500mg               | INY          |
| 118  | DOCETAXEL 20mg                                     | INY          |
| 119  | DOCETAXEL 80mg                                     | INY          |
| 120  | DOXORUBICINA CLORHIDRATO 10mg                      | INY          |
| 121  | DOXORUBICINA CLORHIDRATO 50mg                      | INY          |
| 122  | EPIRUBICINA CLORHIDRATO 10mg                       | INY          |
| 123  | EPIRUBICINA CLORHIDRATO 50mg                       | INY          |
| 124  | ERLOTINIB (CLORHIDRATO) 150mg                      | TAB          |
| 125  | ETOPOSIDO 20mg/ml x 5 ml                           | INY          |
| 126  | ETOPOSIDO 50mg                                     | TAB          |
| 127  | FLUDARABINA FOSFATO 50mg                           | INY          |
| 128  | FLUOROURACILO 50mg/ml x 10 ml                      | INY          |
| 129  | FLUOROURACILO 50mg/ml x 5 ml                       | INY          |
| 130  | FOLINATO CÁLCICO equiv 15mg ácido folínico         | TAB          |
| 131  | FOLINATO CÁLCICO equiv 50mg ácido folínico         | INY          |
| 132  | GEMCITABINA (COMO CLORHIDRATO) 1g                  | INY          |
| 133  | GEMCITABINA (COMO CLORHIDRATO) 200mg               | INY          |
| 134  | HIDROXICARBAMIDA 500mg                             | TAB          |
| 135  | IFOSFAMIDA 1g                                      | INY          |
| 136  | IMATINIB (COMO MESILATO) 100mg                     | TAB          |
| 137  | IMATINIB (COMO MESILATO) 400mg                     | TAB          |
| 138  | IRINOTECAN CLORHIDRATO 100mg/5ml x 5 ml            | INY          |
| 139  | MELFALÁN 2mg                                       | TAB          |
| 140  | MELFALÁN (COMO CLORHIDRATO) 50mg                   | INY          |
| 141  | MERCAPTOPURINA 50mg                                | TAB          |
| 142  | MESNA 100mg/ml x 4 ml                              | INY          |
| 143  | METOTREXATO (COMO BASE O SAL SÓDICA) 2.5.mg        | TAB          |
| 144  | METOTREXATO (COMO SAL SÓDICA) 500mg                | INY          |
| 145  | METOTREXATO (COMO SAL SÓDICA) CON PRESERVANTE 50mg | INY          |
| 146  | METOTREXATO (COMO SAL SÓDICA) SIN PRESERVANTE 50mg | INY          |



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 - 22

| ITEM     | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)                   | PRESENTACIÓN |
|----------|------------------------------------------------------------|--------------|
| 147      | MITOMICINA 2mg                                             | INY          |
| 148      | MITOMICINA 20mg                                            | INY          |
| 149      | MITOXANTRONA (COMO DICLORHIDRATO) 20mg                     | INY          |
| 150      | OXALIPLATINO 100mg                                         | INY          |
| 151      | OXALIPLATINO 50mg                                          | INY          |
| 152      | PACLITAXEL 100mg                                           | INY          |
| 153      | PACLITAXEL 300mg                                           | INY          |
| 154      | PACLITAXEL 30mg                                            | INY          |
| 155      | PROCARBAZINA (COMO CLORHIDRATO) 50mg                       | TAB          |
| 156      | RITUXIMAB 10mg/ml x 10 ml                                  | INY          |
| 157      | RITUXIMAB 10mg/ml x 50 ml                                  | INY          |
| 158      | SUNITINIB 25mg                                             | TAB          |
| 159      | TALIDOMIDA 100mg                                           | TAB          |
| 160      | TEMOZOLOMIDA 250mg                                         | TAB          |
| 161      | TEMOZOLOMIDA 100mg                                         | TAB          |
| 162      | TIOGUANINA 40mg                                            | TAB          |
| 163      | TRASTUZUMAB 440mg (EV)                                     | INY          |
| 164      | TRASTUZUMAB 600mg (SC)                                     | INY          |
| 165      | TRETINOÍNA 10mg                                            | TAB          |
| 166      | VINBLASTINA SULFATO 10mg                                   | INY          |
| 167      | VINCRISTINA SULFATO 1mg                                    | INY          |
| 168      | VINORELBINA (COMO TARTRATO O DITARTRATO) 50mg              | INY          |
| <b>6</b> | <b>HORMONAS Y ANTIHORMONAS</b>                             |              |
| 169      | LEVOTIROXINA 100 mcg                                       | TAB          |
| 170      | ANASTROZOL 1mg                                             | TAB          |
| 171      | BICALUTAMIDA 150mg                                         | TAB          |
| 172      | BICALUTAMIDA 50mg                                          | TAB          |
| 173      | DEXAMETASONA 4mg                                           | TAB          |
| 174      | LEUPRORELINA ACETATO 7.5mg                                 | INY          |
| 175      | TAMOXIFENO (COMO CITRATO) 20mg                             | TAB          |
| 176      | TRIPTORELINA (COMO ACETATO O PAMOATO) 3.75mg               | INY          |
| 177      | ISOTRETINOINA 20mg                                         | TAB          |
| <b>7</b> | <b>INFUSIÓN PARA PREPARACIÓN DE MEZCLAS Y TRATAMIENTOS</b> |              |
| 178      | MANITOL 20%                                                | INY          |
| 179      | GLUCOSA EN AGUA 5% x 100 ml                                | INY          |
| 180      | GLUCOSA EN AGUA 5% x 250 ml                                | INY          |
| 181      | GLUCOSA EN AGUA 5% x 500 ml                                | INY          |
| 182      | GLUCOSA EN AGUA 5% x 1000 ml                               | INY          |
| 183      | GLUCOSA EN AGUA 10% x 1000 ml                              | INY          |
| 184      | GLUCOSA EN AGUA 33.3% x 20 ml                              | INY          |



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

| ITEM     | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)            | PRESENTACIÓN |
|----------|-----------------------------------------------------|--------------|
| 185      | GLUCOSA EN AGUA 50% x 1000 ml                       | INY          |
| 186      | GLUCOSA EN AGUA + SODIO CLORURO 5% + 0.9% x 1000 ml | INY          |
| 187      | POLIELECTROLÍTICA SOLUCIÓN x 1000 ml                | INY          |
| 188      | CALCIO GLUCONATO 10% (equiv 8.4mg/ml Ca) x 10 ml    | INY          |
| 189      | POTASIO CLORURO 20% x 10 ml                         | INY          |
| 190      | RINGER LACTATO SOLUCIÓN x 1000 ml                   | INY          |
| 191      | SODIO BICARBONATO 8.4% x 20 ml                      | INY          |
| 192      | SODIO CLORURO 0.9% x 20 ml                          | INY          |
| 193      | SODIO CLORURO 0.9% x 100 ml                         | INY          |
| 194      | SODIO CLORURO 0.9% x 250 ml                         | INY          |
| 195      | SODIO CLORURO 0.9% x 500 ml                         | INY          |
| 196      | SODIO CLORURO 0.9% x 1000 ml                        | INY          |
| 197      | SODIO CLORURO 20% x 20 ml                           | INY          |
| <b>8</b> | <b>OTROS</b>                                        |              |
| 198      | AGUA PARA INYECCIÓN x 5ml                           | INY          |
| 199      | AGUA PARA INYECCIÓN x 10 ml                         | INY          |
| 200      | AGUA PARA INYECCIÓN x 1 lt (1000 ml)                | INY          |
| <b>9</b> | <b>MEDICAMENTOS COADYUVANTES</b>                    |              |
| 201      | FOSAPREPITAN 150 mg                                 | INY          |
| 202      | DENOSUMAB 120 mg                                    | INY          |
| 203      | ACIDO ZOLEDRONICO 4mg/5 ml                          | INY          |
| 204      | PAMIDRONATO DISODICO 90 mg                          | INY          |
| 205      | PALONOSETRON 0.25 mg                                | INY          |
| 206      | PEGFILGASTRIN 6M                                    | INY          |
| 207      | IOBITRIDOL 300 mg/ml                                | FCO          |
| 208      | PIPERACILINA TAZOBACTAN 4.5 mg                      | INY          |
| 209      | VANCOMICINA 500 mg                                  | INY          |
| 210      | MEROPENEM 500 mg                                    | INY          |
| 211      | OMEPRAZOL 20 mg                                     | TAB          |
| 212      | DEXAMETASONA 4 mg INYECTABLE                        | INY          |
| 213      | TAPENTADOL DE LIBERACION PROLONGADA 50 mg           | TAB          |
| 214      | TAPENTADOL DE LIBERACION PROLONGADA 100 mg          | TAB          |
| 215      | MIDAZOLAM 5 mg/ml                                   | INY          |
| 216      | LIDOCAINA 700 mg al 5%                              | PARCHE       |
| 217      | MICONAZOL 2% gel oral                               | ORAL         |
| 218      | OXICODONA 20 mg                                     | TAB          |
| 219      | OXICODONA 40 mg                                     | TAB          |
| 220      | POSACONAZOL 100 mg                                  | TAB          |
| 221      | POSACONAZOL 300 mg                                  | INY          |
| 222      | ERITROPOYETINA 4,000 ul                             | INY          |



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

| ITEM | DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (D.C.I)      | PRESENTACIÓN |
|------|-----------------------------------------------|--------------|
| 223  | FILGRASTIM 30 000 000UI                       | INY          |
| 224  | FILGRASTIM 48 000 000UI                       | INY          |
| 225  | DEXAMETASONA FOSFATO [COMO SAL SÓDICA] 4mg/ml | INY          |
| 226  | PREDNISONA 20mg                               | TAB          |
| 227  | PREDNISONA 50mg                               | TAB          |
| 228  | PREDNISONA 5mg                                | TAB          |

**GRUPO B**

|          |                                       |     |
|----------|---------------------------------------|-----|
| <b>1</b> | <b>HORMONAS Y ANTIHORMONAS</b>        |     |
| 1        | TRIPTORELINA 11.25 mg                 | INY |
| 2        | TRIPTORELINA 22.5 mg                  | INY |
| 3        | ENZALUTAMIDA 40mg                     | TAB |
| 4        | ABIRATERONA 250 mg                    | TAB |
| 5        | ABIRATERONA 500 mg                    | TAB |
| 6        | APALUTAMIDA 60 mg                     | TAB |
| 7        | PALBOCICLIB 125 mg                    | TAB |
| <b>2</b> | <b>CITOTÓXICOS</b>                    |     |
| 8        | AFATINIB 20 mg                        | TAB |
| 9        | AFATINIB 30 mg                        | TAB |
| 10       | AFATINIB 40 mg                        | TAB |
| 11       | BEVACIZUMAB 100 mg                    | INY |
| 12       | BEVACIZUMAB 400 mg                    | INY |
| 13       | CETUXIMAB 100 mg                      | INY |
| 14       | DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA 20 mg | INY |
| 15       | IPILILUMAB 50 mg                      | INY |
| 16       | IPILILUMAB 200 mg                     | INY |
| 17       | LENVATINIB 4 mg TABLETA               | TAB |
| 18       | LENVATINIB 10 mg                      | TAB |
| 19       | NIVOLUMAB 40 mg                       | INY |
| 20       | NIVOLUMAB 100 mg                      | INY |
| 21       | TRASTUZUMAB 21 mg/ml x 20 ml solución | INY |
| 22       | OSIMERTINIB 40 mg                     | TAB |
| 23       | OSIMERTINIB 80 mg                     | TAB |
| 24       | PEMBROLIZUMAB 100 mg                  | INY |
| 25       | PERTUZUMAB 420 mg                     | INY |
| 26       | RIBOCICLIB 200 mg                     | TAB |
| 27       | PEMETREXED 100 mg                     | INY |
| 28       | PEMETREXED 500 mg                     | INY |



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

DIPERMAR N° 11 - 22

|    |                                         |     |
|----|-----------------------------------------|-----|
| 29 | SORAFENIB 200 mg                        | TAB |
| 30 | TEMOZOLAMIDA 20 mg                      | TAB |
| 31 | BRENTUXIMAB VEDOTIN (Adcetris) 50 mg    | INY |
| 32 | BENDAMUSTINA 100 mg                     | INY |
| 33 | IBRUTINIB 140 mg                        | TAB |
| 34 | IBRUTINIB 420 mg                        | TAB |
| 35 | IBRUTINIB 560 mg                        | TAB |
| 36 | BUSULFAN 60 mg                          | INY |
| 37 | VENETOCLAX 100 mg                       | TAB |
| 38 | POMALIDOMIDA 4 mg                       | TAB |
| 39 | POMALIDOMIDA 2 mg                       | TAB |
| 40 | LENALIDOMIDA 10 mg                      | TAB |
| 41 | LENALIDOMIDA 25 mg                      | TAB |
| 42 | DARATUMUMAB 100 mg                      | INY |
| 43 | DARATUMUMAB 400 mg                      | INY |
| 44 | MELFALAN 50 mg y 200 mg                 | INY |
| 45 | MELFALAN 2 mg                           | TAB |
| 46 | TRIOXIDO DE ARSÉNICO 10 mg              | INY |
| 47 | PONATINIB 15 mg                         | TAB |
| 48 | PONATINIB 45 mg                         | TAB |
| 49 | NILOTINIB 150 mg                        | TAB |
| 50 | NILOTINIB 200 mg                        | TAB |
| 51 | IDARRUBICINA 5 mg                       | INY |
| 52 | IDARRUBICINA 10 mg                      | INY |
| 53 | IDARRUBICINA 20 mg                      | INY |
| 54 | ACIDO TRANSRETINOICO (TRETINOÍNA) 10 mg | TAB |

**APÉNDICES:**

- "I" - Procedimiento para la solicitud de requerimiento de medicamentos que se encuentran en el Grupo "B" del Petitorio Farmacológico Onconaval
- "II" - Formato de requerimiento de medicamentos que se encuentran en el Grupo "B" del Petitorio Farmacológico Onconaval



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 - 22**

**APÉNDICE I DEL ANEXO "C"**

**PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS QUE SE  
ENCUENTRAN EN EL GRUPO "B" DEL PETITORIO FARMACOLÓGICO ONCONAVAL**

Cuando el médico tratante indique un medicamento que no esté comprendido en el petitorio del Grupo "A" procederá a hacer el requerimiento de medicamentos contemplado en el petitorio del Grupo "B". Para ello, deberá conformarse una junta médica oncológica que determine que dicho tratamiento es el recomendado de acuerdo con las guías clínicas, debiendo completar la información del formato de requerimiento de medicamentos que se encuentran en el Grupo "B" del Petitorio Farmacológico Onconaval.

El procedimiento se realizará de acuerdo a lo siguiente:

- 1.- El médico tratante que considere indicar un medicamento que no esté comprendido en el petitorio farmacológico del Grupo "A", procederá a hacer el requerimiento de medicamentos contemplados en el petitorio del Grupo "B".
- 2.- Los médicos hacen la junta médica oncológica y determinan los sustentos para la solicitud de medicamentos del Grupo "B", debiendo completar el formato de requerimiento de medicamentos que se encuentran en el Grupo "B" del Petitorio Farmacológico Onconaval del Apéndice II del Anexo "C" de la presente directiva, procediendo a gestionar su compra ante el Departamento de Abastecimiento Médico de la Dirección de Salud en el más breve plazo. La Junta Médica oncológica a la que se hace referencia deberá estar integrada obligatoriamente por el Jefe del Servicio de Oncología y además deberá contar con la firma del Asesor Médico Oncólogo nombrado por la Dirección del Centro Médico Naval.
- 3.- La Dirección del Centro Médico Naval "CMST" remitirá quincenalmente a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra de Perú, las copias de los formatos de requerimiento de medicamentos que se encuentran en el Grupo "B" del Petitorio Farmacológico Onconaval para la verificación y validación de pertinencia de esos requerimientos por el área de auditoría oncológica de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, con la finalidad de verificar que se esté cumpliendo con los requerimientos de acuerdo con la pertinencia y el financiamiento de dichos medicamentos.
- 4.- Como parte de la validación y seguimiento de casos de pacientes oncológicos con tratamiento que incluye medicamentos del petitorio del Grupo "A" y del Grupo "B", se realizarán DOS (2) reuniones al mes como mínimo para evaluar y verificar los casos de pacientes que estén recibiendo tratamiento oncológico, para su seguimiento, monitoreo y control, por considerarse tratamientos de alto costo, debiendo dejar un registro de dichas reuniones.



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE II DEL ANEXO "C"

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL GRUPO "B" DEL PETITORIO  
FARMACOLÓGICO ONCONAVAL

|                                                                                   |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|-------------|--------|
|  |      | N° .....AÑO 20.....               |                               |                  |           |             |        |
|                                                                                   |      | SERVICIO SOLICITANTE              |                               | FECHA            |           | N° ATENCIÓN |        |
|                                                                                   |      | NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR   |                               | GRADO            | ESP.      | TELEF.      | C.I.P. |
| UNIDAD / DEPENDENCIA                                                              |      | ACT.                              | DISP.                         | RET.             | FALLECIDO |             |        |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE                                                  |      | TIT.                              | ESP.                          | HIJ.             | PAD.      | SUEG.       | DNI.   |
| CONDICION DEL PACIENTE:                                                           |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| HOSPITALIZADO                                                                     | SALA | CAMA                              | EDAD                          | CÓDIGO ONCONAVAL |           |             |        |
| AMBULATORIO                                                                       |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| SERVICIO DE ORIGEN:                                                               |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| MÉDICO TRATANTE:                                                                  |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| DIAGNÓSTICO:                                                                      |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| FECHA DE DIAGNÓSTICO:                                                             |      |                                   | CIE 10:                       |                  |           |             |        |
| SITUACIÓN ACTUAL DE ENFERMEDAD Y MOTIVO DE SOLICITUD                              |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| INDICAR LINEA DE TRATAMIENTO:                                                     |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| MEDICAMENTO SOLICITADO (DCI):                                                     |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| PRESENTACIÓN (MG):                                                                |      |                                   | NÚMERO DE AMPOLLAS POR CICLO: |                  |           |             |        |
| DURACIÓN DE TRATAMIENTO:                                                          |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| CATEGORÍA DE RECOMENDACIÓN GUÍA NCCN:                                             |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| OTRA OPCIÓN DE ESQUEMA TERAPÉUTICO (MEDICAMENTOS):                                |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| SI ( ) DETALLAR (2 OPCIONES):                                                     |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| CATEGORÍA DE RECOMENDACIÓN:                                                       |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| NO ( )                                                                            |      |                                   |                               |                  |           |             |        |
| JUNTA MÉDICA ONCOLÓGICA:                                                          |      | SI ( ) se adjunta                 |                               | NO ( )           |           | FECHA:      |        |
| FECHA DE SOLICITUD                                                                |      | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE |                               |                  |           |             |        |



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

**ANEXO "D"**

**PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSOS**

Al elegir esta modalidad, el afiliado deberá presentar un expediente para solicitar el reembolso por el Plan de Salud Complementario Onconaval, cumpliendo los siguientes requisitos:

- 1.- Estar al día en sus aportes mensuales al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes vigente.
- 2.- Casos de emergencias oncológicas ocurridas por neoplasia activa:
  - a. Emergencias Metabólicas:
    - Síndrome de lisis tumoral
    - Hipercalcemia maligna
    - Secreción Inadecuada de vasopresina
    - Acidosis Láctica
    - Hipoglicemia
    - Insuficiencia adrenal
  - b. Emergencias Estructurales:
    - Compresión medular
    - Síndrome de vena cava superior
    - Hipertensión endocraneana
    - Taponamiento cardíaco
    - Obstrucción de vía aérea
    - Síndrome pilórico
    - Obstrucción intestinal
    - Obstrucción de Vía Biliar
    - Obstrucción de vía urinaria
  - c. Asociadas al tratamiento:
    - Neutropenia Febril
    - Síndrome de Lisis Tumoral
    - Reacciones Infusionales
    - Colitis Neutropénica
    - Colitis Hemorrágica
  - d. Adicionalmente Emergencias Prioridad I y II relacionadas al diagnóstico oncológico.
- 3.- Después de realizada la atención, tiene como máximo 30 días calendarios, desde la fecha de emisión de factura para presentar los documentos solicitados para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.



**DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO DE LA IAFAS DE LA  
MARINA DE GUERRA DEL PERÚ**

**DIPERMAR N° 11 -22**

- 4.- Firmar la solicitud para devolución por gastos efectuados según modelo del Apéndice I del Anexo "D" de la presente directiva, que será llenado en las Oficinas de Atención al Usuario de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, el día que se acerque a presentar todos los documentos solicitados para el trámite, en caso de que faltase algún documento, el expediente no será tramitado.
- 5.- En caso de emergencias (accidental o médica), adjuntar copia de la Hoja de Emergencia y/o Historia Clínica, resultado de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos. En caso esta requiera de Cirugía u Hospitalización, adjuntar copia del Informe Médico y/o Epicrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
- 6.- Copia del DNI del Titular (para emisión del cheque), en caso que el titular no pueda cobrar el cheque, el familiar podrá presentar carta poder con firma legalizada notarialmente y adjuntar copia del DNI del mismo.
- 7.- No se acepta reembolso originado bajo automedicación.
- 8.- No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.
- 9.- El Plan de Salud Complementario Onconaval se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a Clínicas, Centros de Salud, y otros proveedores que no se encuentren debidamente acreditados ante SUSALUD.
- 10.- En caso de no presentar el detallado con costos de farmacia, se aplicará el descuento del 25% al monto total.
- 11.- El reembolso se hará efectivo como máximo en 30 días calendarios de ser presentado el expediente completo. En caso de ser observado el expediente y absuelta la observación, se tomará en cuenta los 30 días calendarios a partir de la fecha que se levantó la observación.

**APÉNDICE:**

"I" - Modelo de solicitud de devolución por gastos efectuados



15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

APÉNDICE I DEL ANEXO "D"

**MODELO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS**

SOLICITA: DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS

SEÑOR CAPITÁN DE NAVÍO ADM., DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

Sr. C. de N. ADM.

Yo, .....,  
identificado con N° de CIP ..... y N° de DNI ....., domiciliado en  
.....  
....., laborando actualmente en .....  
con teléfono celular N°....., correo electrónico ....., con  
Diagnóstico: ....., ante Ud. con  
el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo efectuado gastos por el concepto de  
.....  
....., ascendente a la  
suma de ..... SOLES (\$/ .....),  
los cuales fueron autorizados previamente por esa Dirección Ejecutiva, mediante  
..... solicito a Ud. señor Capitán de Navío ADM. tenga  
a bien disponer el reembolso correspondiente, para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Factura a nombre de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, RUC. 20555989912, Dirección Av. Venezuela Cdra. 24 S/N° Bellavista – Callao.
- Copia de historia clínica, informe médico o evidencia que sustente la prestación.
- Copia del DNI.
- Voucher de CCI o cuenta del banco.
- Resultado de exámenes.
- Detallado de costos de laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.

Bellavista,

Atentamente,

.....  
Firma



DIRECTIVA PARA NORMAR LA  
EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCONAVAL DE LA  
IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL  
PERÚ

Ejemplar N°

15 NOV 2022

DIPERMAR N° 11 -22

ANEXO "X"

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

- Todas la Unidades y Dependencias de la Marina de Guerra del Perú.

