

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

R/DN°...023...2025/DIFOSMAR

FOLIO(S): ...061-063

10 ABR 2025



Resolución Directoral

Visto, el Informe Técnico N° 003-2025 del Jefe de la Oficina de Planeamiento de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de fecha 10 de marzo del 2025, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", establece que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" tiene por objeto 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;

Que, el Reglamento de la "Ley de Aseguramiento Universal en Salud" aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos del aseguramiento universal contenidos en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, tiene por objeto establecer las disposiciones para la adecuación administrativa y contable de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas, en consideración a sus fines, naturaleza de la organización y normas presupuestarias, asimismo, su artículo 4° establece que las IAFAS tienen por finalidad recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofertar cobertura de riesgos de salud;

Que, el Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas se constituyen en Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

(IAFAS), otorgándosele personería jurídica, así como autonomía administrativa y contable dentro de sus respectivas Instituciones Armadas;

Que, la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, aprueba 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";

Que, mediante el documento del visto, el Jefe de la Oficina de Planeamiento de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, manifiesta que a través del Oficio N° 000155-2023-SUSALUD-ISIAFAS de fecha 14 de febrero del 2023, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), remite adjunto el Informe Inicial de Supervisión de Campo e Informe de presuntas infracciones de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, en el que identifican que la IAFAS FOSMAR estaría incurriendo en supuestas infracciones respecto a la cobertura oncológica integral a sus afiliados, además que mediante Resolución Directoral N° 027-2024/DIFOSMAR de fecha 27 de mayo del 2024, se aprueba las primas de afiliación tardía del Plan de Salud Complementario Onconaval de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú (IAFAS FOSMAR), el cual entró en vigencia a partir del 03 de junio del 2024, motivo por el cual la Oficina de Planeamiento eleva la actualización de la póliza del Plan de Salud Complementario Onconaval para su aprobación, a fin de dar cumplimiento a la normativa y procedimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD);

Que, mediante el Informe Legal N°010-2025-IAFAS/AL, de fecha 28 de marzo del 2025, el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal considera viable la aprobación de la actualización de la póliza del Plan de Salud Complementario Onconaval, por encontrarse de conformidad con la normatividad vigente de la materia;

Que, el numeral 1.2.1 del inciso 1.2 del artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", establece que no son actos administrativos "Los actos de administración interna de las entidades destinadas a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley, y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan". Asimismo, el inciso 7.1 del artículo 7° del mismo cuerpo legal, señala que "Los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades. Son emitidos por el órgano competente, su objeto debe ser física y jurídicamente posible (...)

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su reglamento, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA que aprueba las "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas", el Decreto Legislativo N°1173 "Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud", la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud", y el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General";

Estando a lo recomendado por el Jefe de la Oficina de Planeamiento de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar la póliza del Plan de Salud Complementario Onconaval de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, respecto a las primas de afiliación tardía, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, las mismas que se adjuntan por Anexo 01.

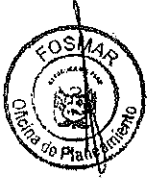
Artículo 2º.- Encargar a la Oficina de Gestión Informática de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, la difusión de la presente resolución y sus anexos, en la página web de la Institución.

Regístrese, comuníquese, como Documento Oficial Publico (D.O.P)



Francisco PORTUGAL Tello
Capitán de Navío ADM.

**Director Ejecutivo de la Institución Administradora
De Fondos de Aseguramiento en Salud de la
Marina de Guerra del Perú**



DISTRIBUCIÓN:

Copia: Archivo. -

IAFAS

Póliza N°	
Vigencia desde	
Vigencia hasta	

1. Datos del CONTRATANTE

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I.:	
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:		Teléfono:	
Correo electrónico:			

[illegible]

(*) Se consignará el "Parentesco" que tengan los ASEGURADOS con relación al CONTRATANTE.



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

LA IAFAS otorga al ASEGURADO la cobertura de salud mediante el Plan de Salud Complementario Onconaval, que incluye garantías relativas al acceso, calidad y oportunidad de la atención, conforme a las condiciones, límites y reglas establecidas en las Cláusulas Generales y Particulares de EL CONTRATO, así como las disposiciones legales que resulten aplicables.

Asimismo, la cobertura comprende las condiciones asegurables, intervenciones y todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en EL CONTRATO.

Para efectos de las Cláusulas Generales y Particulares de EL CONTRATO, se denominará ASEGURADO a aquella persona que se encuentra afiliada de forma voluntaria por el CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA. - PARTES DEL CONTRATO

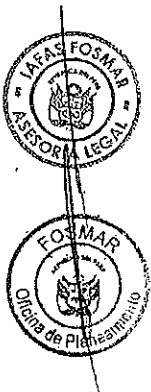
EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes:

1. **Relación de los ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los ASEGURADOS al Plan de Salud Complementario Onconaval, los que pueden incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en EL CONTRATO y en las normas que lo regulan.
2. **Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y que rigen los contratos de afiliación con LA IAFAS, quien a su vez puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
3. **Cláusulas Particulares:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS en convenio o contrato, el aporte de la prima mensual y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA TERCERA. - DEFINICIONES

Para efectos de las cláusulas generales antes señaladas en EL CONTRATO y, en lo que resulte aplicable, a las cláusulas particulares, se entiende por:

1. **Acreditación:** es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el TITULAR y sus ASEGURADOS para tener derecho a la cobertura de salud.
2. **Afiliación:** es el proceso efectuado para la inscripción en un plan de aseguramiento en salud.
3. **Asegurado:** se refiere a toda persona beneficiaria residente en el país, que se encuentre bajo la cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
4. **Aseguramiento Universal en Salud (AUS):** es el Sistema del Estado Peruano orientado a lograr que la población disponga de un seguro de salud durante toda su vida.
5. **Carta de Garantía:** es el documento que autoriza la atención del ASEGURADO en las IPRESS en convenio o contrato con LA IAFAS.
6. **Cobertura de salud:** son las prestaciones de salud financiadas por LA IAFAS a las que tienen derecho el ASEGURADO, en las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú e IPRESS Públicas y Privadas Extra-Institucionales debidamente registradas en SUSALUD dentro del territorio nacional.
7. **Cobertura financiera:** es el compromiso aceptado por LA IAFAS en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, de las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.
8. **Continuidad:** es el reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo Contrato.
9. **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales.
10. **Cuidados Paliativos y Terapia del Dolor:** son las complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico, que para su cobertura deben someterse a la Auditoría Médica respectiva.
11. **Derechohabiente:** se considera derechohabientes al cónyuge o conviviente, a los hijos menores de edad, a los hijos hasta los VEINTIOCHO (28) años que se sustenten a través de la Tarjeta de Identidad Familiar (T.I.F.) que son dependientes económicamente del TITULAR y a los hijos mayores de edad en condición de incapacitados de forma total y permanente para el trabajo.
12. **Diagnóstica:** es la calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos realizados, aun cuando este no haya sido informado a el ASEGURADO.
13. **Emergencia:** es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II por la norma técnica emitida por el Ministerio de Salud.
14. **Exclusiones:** son todas aquellas prestaciones no cubiertas por el Plan de Salud Complementario.
15. **Institución Administradora de Fondos de Salud de la Marina de Guerra del Perú (IAFAS):** encargada de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de servicio de salud de los ASEGURADOS de la Marina de Guerra del Perú.
16. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** son las Instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo brindar prestaciones de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS, están obligadas a registrarse ante SUSALUD.
17. **Periodo de Carencia:** es el periodo de tiempo que debe transcurrir después de la afiliación para tener derecho a la activación de las coberturas de salud, una vez afiliado la persona.
18. **Periodo de Latencia:** es un derecho especial de cobertura que se otorga de forma posterior al cese de los aportes de la prima mensual.
19. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** es la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los ASEGURADOS por LAS IAFAS públicas, privadas o mixtas. Contienen garantías explícitas de oportunidad y calidad para el ASEGURADO.
20. **Preexistencias:** es la condición de alteración del estado de salud que un profesional médico colegiado diagnostica y comunica al CONTRATANTE o dependiente, la que no se encuentra resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud.
21. **Prestaciones de Salud:** es aquella acción o conjunto de ellas, prestados por IPRESS con la finalidad de mejorar el estado de salud de un individuo o comunidad.
22. **Prima:** es la cuota mensual que el CONTRATANTE aporta a LA IAFAS para la atención médica del ASEGURADO. El monto de la prima es determinado sobre el estudio de cálculos actuariales que debe realizarse de forma periódica.
23. **Reembolso:** es el reconocimiento y devolución de gastos por prestaciones de salud que el ASEGURADO se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.



OFICINA CENTRAL
Av. República de Venezuela, cuadra 345/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 500 2650
What-App: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

24. **Siniestros:** es la ocurrencia o materialización de los riesgos amparados por EL CONTRATO. En el riesgo en salud, los siniestros son las atenciones médicas.
25. **Solicitud de reembolso:** Es el formato que debe utilizar el ASEGURADO para iniciar un trámite de reembolso.
26. **Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):** es el organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud del Perú, que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. Tiene como finalidad promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso de los servicios de salud, supervisando que los prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con dependencia de quien la financie.
27. **Tarjeta de Identidad Familiar (T.I.F.):** es el documento de identidad otorgado por la Dirección de Administración de Personal de la Marina de Guerra del Perú a los Derechohabientes y/o familiares en condición de dependencia debidamente autorizados.
28. **Urgencia:** es la situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA. – CONDICIONES PARA LA AFILIACION

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es facultativa y se realiza mediante el llenado y presentación de la presente póliza de suscripción, los formatos de autorización de descuento que se detallan en los Anexos (a), (b) y (c) y la Declaración Jurada de Salud que se detalla en el Anexo (d). La afiliación se dará cuando LA IAFAS haya validado los indicados documentos.

El CONTRATANTE y sus ASEGURADOS, según corresponda deben contar con T.I.N., T.I.F. y/o DNI (hijos mayores de 28 años) vigente para su afiliación, siendo indispensable que este documento se encuentre vigente durante toda la vigencia de EL CONTRATO.

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es voluntaria, pudiendo el CONTRATANTE afiliarse a los ASEGURADOS que cumplan con los siguientes requisitos:

1. 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 efectúa el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a LA IAFAS.
2. Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Marina de Guerra del Perú por quienes el Estado efectúa el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a LA IAFAS. Serán beneficiarios de forma personal e intransferible, mientras mantengan la citada condición en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
3. Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable e inscrito en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
4. Hijo (s) e hijastro (s) menor (es) de edad que se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
5. 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.
6. Hijo (s) e hijastro (s) declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente.
7. 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 este Plan de Salud.
8. Los familiares que hayan heredado la pensión del CONTRATANTE, siendo requisito indispensable que el Estado continúe efectuando el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a LA IAFAS.
9. Los hijos recién nacidos del CONTRATANTE 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 al momento del nacimiento el TITULAR se encuentre afiliado al plan por un período mínimo de TRES (3) meses. Dentro del período de CUARENTA Y CINCO (45) días, deberá realizarse la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo y vencido el plazo, quedará automáticamente sin cobertura del plan.

Los límites de edad para la afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval son los siguientes:

1. Para el CONTRATANTE, Cónyuge o Conviviente y familiares herederos de pensión, es hasta los SESENTA Y CINCO (65) años (permitido hasta los 64 años, 11 meses y 31 días de edad). Toda persona que haya sido afiliada antes de cumplir la edad indicada se mantendrá afiliada en la medida que continúe realizando el aporte de los primos mensuales.
2. Para los hijos o hijastros hasta los 18 años; no obstante, podrán afiliarse a los hijos o hijastros desde los 18 años hasta los 28 años, siempre que acrediten que se encuentran estudiando y dependen económicamente del CONTRATANTE, debiendo encontrarse para ello debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
3. La cobertura para los hijos o hijastros citados en el párrafo precedente continuará siempre y cuando se mantengan al día en el pago de sus primas.
4. Para los hijos o hijastros mayores de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, sin límite de edad.

Asimismo, los 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, mantendrán la condición de afiliados en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes.

CLÁUSULA QUINTA. – PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE AFILIADO

1. LA IAFAS no brinda cobertura de salud a aquellas personas por las que el CONTRATANTE no aporta la prima mensual establecida en la Cláusula Vigésima, perdiendo el ASEGURADO la condición de afiliado por los siguientes casos:
 - a. El incumplimiento de DOS (02) aportes de prima mensual por parte del CONTRATANTE, originará la suspensión automática de la cobertura otorgada en EL CONTRATO, haciéndose efectiva la suspensión a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento según cronograma de aportes.
 - b. El incumplimiento de TRES (03) aportes de prima mensual, originará la desafiliación y resolución de EL CONTRATO. Para tal efecto, LA IAFAS mediante comunicación escrita o correo electrónico comunicará la deuda y otorgará un plazo máximo de QUINCE (15) días contados desde la fecha de notificación; en caso el CONTRATANTE no regularice los aportes de prima adeudados, EL CONTRATO quedará automáticamente resuelto.
2. En caso el CONTRATANTE adeude menos de TRES (03) aportes de prima mensual y efectúe la regularización de los aportes de prima adeudados, volverá a contar con la cobertura de EL CONTRATO a partir del día siguiente de efectuado el pago.
3. Debe considerarse que la resolución de EL CONTRATO y consiguiente desafiliación de los ASEGURADOS al Plan Salud Complementario Onconaval, no libera al CONTRATANTE de los deudas que haya contraído con LA IAFAS.
4. El CONTRATANTE que desee realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones que rigen para un afiliado nuevo.

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34-S/N Bellavista

Atención al cliente:
Uma: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

CLÁUSULA SEXTA. – COBERTURA DE SALUD

1. Las prestaciones de salud que LA IAFAS cobertura en el Plan de Salud Complementario Onconaval comprenden prestaciones de atención médica y de medicamentos del Petitorio Farmacológico Naval, y se brindarán mientras el CONTRATANTE realice el aporte de la prima mensual de sus ASEGURADOS, de acuerdo con las siguientes consideraciones:
 - a. El período de carencia es de NOVENTA (90) días calendario contados desde la fecha del primer aporte de la prima mensual.
 - b. El período de latencia es de TREINTA (30) días calendario contados desde el último aporte de la prima mensual, sólo aplicará para aquellos que se hayan desafilado voluntariamente con sus primos correspondientes al mes de realizada la desafilación.
 - c. La cobertura para los ASEGURADOS iniciará transcurrido el período de carencia.
2. La cobertura de salud se brinda únicamente en el territorio nacional.
3. La cobertura de salud incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval "CMST", y aquellos exámenes o procedimientos médicos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval "CMST" se realizan en Centros Médicos Especializados del país con el que exista convenios y/o acuerdos, previa solicitud del Servicio de Oncología Médica y/o Junta Médica correspondiente a través del Director del Centro Médico Naval "CMST", y evaluación por parte de la Auditoría Médica Oncológica de LA IAFAS.
4. Las prestaciones de salud que cobertura el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:
 - a. Tratamiento oncológico acorde a las guías de práctica clínica institucionales y estándares vigentes hasta la categoría de evidencia clínica nivel 2A.
 - b. Tratamiento oncológico correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Esto incluye:
 - Tratamiento quirúrgico.
 - Radioterapia en las modalidades conformacional 2D, 3D, IMRT/VMAT, Braquiterapia, Radiofrecuencia y Radiocirugía.
 - Tratamiento sistémico: Quimioterapia, Hormonoterapia, Inmunoterapia, Terapia Biológica, Anticuerpos Monoclonales, Anti angiogénicos, Inhibidores de la Tirostina Kinasa, Factores de Crecimiento Epidérmico (EGFR) y Factores Estimulantes de Colonias, dichos medicamentos deben estar incluidos en el petitorio farmacológico del Plan de Salud Complementario Onconaval vigente.
 - c. Estos tratamientos para su cobertura deben estar disponibles en el Perú y recomendados en las guías de manejo institucional y estándar hasta el nivel de categoría 2ª y aprobados por la Food and Drug Administration (FDA).
 - d. Exámenes y/o procedimientos especiales de ayuda diagnóstica para el manejo oncológico.
 - e. Reconstrucción mamaria en caso de cáncer de mama confirmada (solo para casos de mastectomía parcial, simple total o radical).
 - f. Cuidados paliativos y terapia del dolor oncológico hospitalarios.
 - g. Complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico debidamente autorizadas por la Auditoría Médica de LA IAFAS.
 - h. Servicio de ambulancia en caso de emergencia (prioridad I y II) bajo la modalidad de reembolso.
 - i. Traslado de paciente hospitalizados por emergencia I y II del centro médico naval "CMST" a IPRESS Extra-Institucionales para tratamientos, exámenes y/o procedimientos requeridos para su atención por el diagnóstico oncológico.
 - j. Entrega de medicamentos considerados en el Petitorio Farmacológico Onconaval aprobado. LA IAFAS mantendrá actualizada la información de las prestaciones de salud y medicamentos que cuentan con cobertura, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles actualizar la página web con las modificaciones aprobadas.
 - k. Los tamizajes de las unidades efectivamente trasfundidos.

CLÁUSULA SEPTIMA. – PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, LA IAFAS cobertura al ASEGURADO las prestaciones de salud preventivas mediante la implementación de medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de enfermedades oncológicas (evaluación y control de riesgos), esto con la finalidad de preservar su buen estado de salud y minimizar los riesgos de su deterioro. Teniendo que cumplir el ASEGURADO con una permanencia en el plan de DOCE (12) meses y aportes de DOCE (12) primas.

CLÁUSULA OCTAVA. – EXCLUSIONES

Las prestaciones de salud excluidas (que no cuentan con cobertura de salud) por el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:

1. Casos preexistentes de enfermedades oncológicas (cáncer).
2. No se considera como preexistencias a aquellas enfermedades oncológicas que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan, que efectuó la cobertura de esta enfermedad oncológica durante el periodo inmediatamente anterior a la afiliación en el nuevo plan, siempre que se cumpla con lo dispuesto en el artículo 100º del Reglamento de la Ley N° 29344.
3. Cáncer que se haya detectado previo a la afiliación y durante el período de carencia.
4. Exámenes y/o procedimientos médicos previos al diagnóstico de enfermedad oncológica (cáncer), excepto exámenes preventivos oncológicos autorizados por LA IAFAS.
5. Enfermedades que no sean diagnosticadas como oncológicas (cáncer).
6. Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos que estén fuera de guías de práctica clínica institucionales y estándares vigentes, hasta la categoría de evidencia clínica nivel 2 A y que cuenten con aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).
7. Trasplante de órganos.
8. Cirugía estética o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo.
9. Reconstrucción mamaria por cirugía profiláctica, prótesis y cirugía estética.
10. 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).
11. Cualquier tipo de tratamiento fuera del territorio nacional.
12. Equipos audiovisuales y similares.
13. Gastos originados por los pacientes que acudan por su cuenta a IPRESS sin contar con la autorización de la Dirección Ejecutiva de LA IAFAS, excepto casos de emergencia oncológica (Prioridad I y II) ocurridas por neoplasia activa.
14. Medicamentos no contemplados en el Petitorio de Medicinas Oncológicas vigente del Plan de Salud Complementario Onconaval.
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 trasfudir (paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitados y otros similares), con excepción de los tamizajes de las unidades efectivamente trasfundidos.
20. Daños derivados de intento de autoeliminación o lesiones auto inflingidas a excepción de casos que la normativa vigente establezca.

OFICINA CENTRAL:

Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:

Lima: (01) 500 2690

WhatsApp: 929 465 425

Página web:

www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

CLÁUSULA NOVENA.- INICIO DE LA COBERTURA

Transcurrido el período de carencia de NOVENTA (90) días calendario y efectuado el pago del tercer aparte de la prima mensual, se podrá iniciar la cobertura del Plan de Salud Complementario Onconaval con la presentación del formato del Anexo (e) y el resultado anatomopatológico, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Se inicia con la presentación del resultado anatomopatológico que confirme cáncer y en los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables se presentará un informe médico del servicio de oncología clínica del centro médico naval y/o IPRESS extrainstitucionales, anexando los exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y de laboratorio). En ambos casos, los expedientes serán verificados por el Departamento de Gestión del Asegurado y Auditoría Médica del Departamento de Prestaciones de Salud de LA IAFAS para la posterior activación del plan, de sustentarse.
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 verificación por parte de la Auditoría Médica del Departamento de Prestaciones de Salud y posterior autorización de la Dirección Ejecutiva de LA IAFAS.
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 autorizada y auditada por LA IAFAS.
4. 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.
5. Los ASEGURADOS inscritos en el plan oncológico que deseen que su recaudo se contabilice en la fecha más próxima, podrán realizar el pago a través de cuenta recaudo de LA IAFAS de acuerdo con lo siguiente:
 - a. En la ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por LA IAFAS, indicará el plan a pagar "ONCONAVAL".
 - b. Indicar nombre y código de recaudo vigente.
 - c. Deberá proporcionar el número de DNI y nombre completo del CONTRATANTE.
 - d. Indicar la cantidad a pagar de acuerdo con las primas mensuales y el número de meses a cancelar.
 - e. Al culminar el pago, enviar el voucher escaneado al correo difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe
6. Una vez realizado el procedimiento de activación del Plan Onconaval, deberá solicitar el código ON en la Oficina de Atención al Usuario de LA IAFAS, el cual irá consignado en el camé oncológico.
7. Para la elaboración del camé oncológico de acuerdo con los datos registrados en su DNI deberá dejar una copia fotostática del mismo.
8. La confección del camé 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 del 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 camé oncológico, para su respectiva cobertura.

CLÁUSULA DECIMA.- LUGARES DE COBERTURA

En caso las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuenten con la capacidad resolutive para realizar la prestación de salud oncológica, se referirá al ASEGURADO a uno de las IPRESS Extra-institucional con convenio y/o contrato vigente que se encuentran detalladas en la página web (<https://iafasfosmar.pe>).

LA IAFAS mantendrá actualizada la información de la IPRESS Extra-Institucionales con convenio y/o contrato vigente que brindan cobertura oncológica, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles, efectuar la actualización en la página web <https://iafasfosmar.pe/convenios>, en caso se interrumpa o cese el servicio por parte de alguna de estas IPRESS.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA.- REAJUSTE DE PRIMAS Y/O COPAGOS

En la actualidad el plan de aseguramiento no tiene límites ni topes de monto anual a financiar; sin embargo, de acuerdo con los estudios de sostenibilidad financiera se pueden generar incremento en el aporte de prima mensual según evaluación de los patrones de morbilidad y la estructura poblacional afiliada.

LA IAFAS deberá comunicar mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga la intención de reajustar los aportes de prima mensual, debiendo considerar los siguientes plazos:

1. Comunicar al CONTRATANTE y ASEGURADO con una anticipación no menor a CUARENTA y CINCO (45) días útiles previos al vencimiento de la vigencia de EL CONTRATO, la intención de reajustar los aportes de la prima mensual.
2. El CONTRATANTE cuenta con TREINTA (30) días calendario contados desde la fecha que recibió la comunicación, para comunicar a LA IAFAS su inconformidad con el reajuste.

Culminado los plazos detallados en los numerales del párrafo precedente y de no mediar comunicación por parte del CONTRATANTE, se efectuará la renovación automática de EL CONTRATO.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA.- INFORMACIÓN

LA IAFAS debe poner a disposición del CONTRATANTE, UNA (01) copia de EL CONTRATO a fin de que esté informado de las coberturas, exclusiones y condiciones con que cuenta el Plan de Salud Complementario Onconaval.

EL CONTRATO podrá ser puesto a disposición del ASEGURADO de forma física, mediante correo u otros medios electrónicos con que se disponga, conforme al artículo 13° del Reglamento de la Ley N° 29414.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA.- DECLARACION JURADA DE SALUD

Como documento obligatorio previo a la afiliación, el CONTRATANTE deberá llenar y presentar su Declaración Jurada de Salud y la Declaración Jurada de Salud de los derechohabientes que afiliará al Plan de Salud Complementario Onconaval que se detalla en el Anexo (d).

En caso requirirse documentación adicional para dar continuidad al proceso de afiliación, el CONTRATANTE deberá cumplir con presentar la documentación requerida en un plazo no mayor de TREINTA (30) días calendario.

LA IAFAS se obliga a mantener la confidencialidad de los documentos presentados, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA.- PLAZO CONTRACTUAL

La vigencia de EL CONTRATO es de UN (01) año, y de no mediar modificaciones previamente informados, quedará automáticamente renovado por el mismo plazo y en los mismos términos.

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Línea: (01) 900 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

CLÁUSULA DECIMOQUINTA. - DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que indica el TITULAR al momento de su afiliación, siendo este el lugar a donde se dirigirán todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a EL CONTRATO. El TITULAR es responsable de comunicar oportunamente a LA IAFAS la variación del domicilio, número telefónico y correo electrónico particular, por ser necesarios para una comunicación rápida y efectiva. En caso de que el CONTRATANTE no comunique oportunamente la variación de su domicilio, y LA IAFAS se vea en la necesidad de remitir comunicaciones físicas, estas se entregarán al domicilio registrado, considerándose como recibida por el CONTRATANTE.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre el ASEGURADO y LA IAFAS, derivadas de EL CONTRATO, serán resueltas a través de conciliación o arbitraje en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR).

CLÁUSULA DECIMOSEPTIMA. - RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO queda resuelto en los siguientes casos:

1. Mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del TITULAR / CONTRATANTE (*).
3. Desvinculación del TITULAR / CONTRATANTE con la Marina de Guerra del Perú, debiendo considerarse que la desvinculación se da cuando el Estado no tiene la obligación de aportar a LA IAFAS para la cobertura de salud del TITULAR y sus ASEGURADOS, en el Plan de Salud Básico.
4. Que el CONTRATANTE no aporte la prima mensual detallada en la Cláusula Vigésima.
5. En caso el/la CONTRATANTE se divorcie, se mantendrá la condición de ASEGURADO(A) al excónyuge mientras permanezca registrado(a) como derechohabiente en la base de datos de la Dirección de Administración del Personal, quedando resuelto EL CONTRATO cuando sea excluido(a) de la Indicada base de datos.
6. Desafiliación voluntaria efectuada por el CONTRATANTE.

(*) En el caso de los asegurados que estuvieron relacionados al TITULAR / CONTRATANTE fallecido, se deberá crear una nueva póliza considerando la continuidad de la cobertura, previa validación de la CLÁUSULA QUINTA del presente CONTRATO.

CLÁUSULA DECIMO OCTAVA. - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o mediante proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de LA IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del Acto Administrativo y de EL CONTRATO.

CLÁUSULA DECIMONOVENA. - PROCESO DE DESAFILIACION

Cuando el CONTRATANTE decida desafiliarse o desafiliar a algún familiar inscrito en el Plan de Salud Complementario Onconaval, deberá llenar, firmar y presentar en LA IAFAS el formato del Anexo (I).

CLÁUSULAS PARTICULARES

CLÁUSULA VIGESIMA. - PRIMA MENSUAL

1. El aporte de la prima mensual por persona afiliada al Plan de Salud Complementario Onconaval, será asumido por el CONTRATANTE, el mismo que se hará efectivo a través de la planilla única de remuneración o pensión, de acuerdo con el 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 con la normativa vigente:

TIEMPO DE SERVICIO A LA FECHA DE AFILIACIÓN	PRIMAS DIFERENCIADAS POR FECHA DE AFILIACIÓN AL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL			
De 0 a 5 años	PRIMA MENSUAL AFILIACIÓN TEMPRANA - SEGÚN LA EDAD			
	Parentesco	Hasta 28	29 a 49	50 a 64
	Titular	S/ 19	S/ 22	S/ 23
	Cónyuge / conviviente	S/ 19	S/ 22	S/ 23
	Hijos / hijastros	S/ 19	S/ 30	S/ 50
De 6 a 10 años	PRIMA MENSUAL DE AFILIACIÓN TARDÍA N° 1 - SEGÚN LA EDAD			
	Parentesco	Hasta 28	29 a 49	50 a 64
	Titular	S/ 30	S/ 41	S/ 54
	Cónyuge / conviviente	S/ 30	S/ 41	S/ 54
	Hijos / hijastros	S/ 30	S/ 56	S/ 117
De 11 a 15 años	PRIMA MENSUAL DE AFILIACIÓN TARDÍA N° 2 - SEGÚN LA EDAD			
	Parentesco	Hasta 28	29 a 49	50 a 64
	Titular	-	S/ 76	S/ 178
	Cónyuge / conviviente	S/ 47	S/ 76	S/ 178
	Hijos / hijastros	S/ 47	S/ 104	S/ 243
De 16 años a más	PRIMA MENSUAL DE AFILIACIÓN TARDÍA N° 3 - SEGÚN LA EDAD			
	Parentesco	Hasta 28	29 a 49	50 a 64
	Titular	-	S/ 142	S/ 331
	Cónyuge / conviviente	S/ 75	S/ 142	S/ 331
	Hijos / hijastros	S/ 75	S/ 193	S/ 452

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela / cuadra 24 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 900 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

- a. Las primas diferenciadas por fecha de afiliación rigen a partir del 3 de junio del 2024, conforme a lo establecido en la Resolución Directoral N° 027-2024 de la IAFAS FOSMAR de fecha 27 de mayo. Cabe precisar, que las mismas sólo aplican para el titular y sus derechohabientes nuevos que deseen afiliarse.
- b. Las primas diferenciadas por fecha de afiliación no son aplicables en los siguientes casos:
- A los afiliados antiguos (afiliados antes del 3 de junio del 2024).
 - A los derechohabientes registrados en el Sistema de Recursos Humanos de la Dirección de Administración de Personal antes del 3 de junio del 2024 por el titular militar afiliado al Plan Onconaval.
 - A los derechohabientes registrados en el Sistema de Recursos Humanos de la Dirección de Administración de Personal a partir del 3 de junio del 2024 por el titular militar afiliado al Plan Onconaval.
 - A las viudas o herederos de pensión que no hayan sido afiliados por el titular militar en vida.
- c. Las primas aplicables a los casos antes citados serán los siguientes:

Aporte para cobertura de	Monto por aportar		
	de 0 a 28 años	de 29 a 49 años	de 50 años a mas
Titular	S/. 19.00	S/. 22.00	S/. 23.00
Conyugue / 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

NOTA:

(*) Los padres y suegros afiliados hasta el año 2019, continuarán con los beneficios establecidos conforme lo dispone el artículo 4° numeral 6 de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal.

- En el caso que al CONTRATANTE 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, siendo de su entera responsabilidad el encontrarse al día en el pago de las primas. Asimismo, estas modalidades de pago se aplicarán para el caso de los ASEGURADOS inscritos que no cuenten con beneficio de pensión.
 - En caso fallezca el CONTRATANTE, los familiares que hubiera asegurado, podrán continuar afiliados al plan siempre que continúen realizando el pago de la prima correspondiente.
 - El CONTRATANTE que desafilie a algún ASEGURADO o a la totalidad de sus ASEGURADOS del plan, no tendrá derecho a la devolución de sus aportaciones. Si desea realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones de período de carencia que rigen para un afiliado nuevo, de tener deudas con el presente plan deberá cancelárselas antes de su reinscripción.
 - El CONTRATANTE que pase a la situación militar de retiro, deberá acercarse a LA IAFAS 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, a fin de continuar con los descuentos por planilla de pensiones.
 - Mientras dure el proceso de asignación de pensión, el CONTRATANTE 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 se encuentra publicado en la página web: www.iafasfosmar.pe.

CLÁUSULA VIGESIMOPRIMERA. - PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ:

Como documento obligatorio para la atención oncológica en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, se deberán presentar los siguientes documentos:

- TITULARES. - Carné Oncológico emitido por LA IAFAS / Documento Nacional de Identidad (DNI) / Tarjeta de Identidad Naval (TIN) vigente.
- ASEGURADOS. - Carné Oncológico emitido por LA IAFAS / Documento Nacional de Identidad (DNI) / Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente. (Todo asegurado deberá presentar su carné).

CLÁUSULA VIGESIMASEGUNDA. - PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS EXTRA- INSTITUCIONALES:

Para la atención oncológica en IPRESS Extra-Institucionales, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Para el caso donde existen IPRESS de la Marina de Guerra del Perú con capacidad de atenciones oncológicas, son autorizadas únicamente en caso sustenten que cuenta con limitaciones de especialistas, equipamiento médico y/o reactivos, para realizar los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos oncológicos que requiere el ASEGURADO, debiendo para tal efecto efectuarse el requerimiento mediante el Formato del Anexo (g).
- Para el caso de regiones en las que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuentan con capacidad de atenciones oncológicas, la IAFAS dispondrá los medios físicos o digitales, a fin de atender la demanda de prestaciones de salud a través de la emisión de la carta de garantía.
- Las Cartas de Garantía son emitidas por LA IAFAS previa evaluación de la necesidad y complejidad de la prestación de la salud requerida, así como de la disponibilidad en la red de IPRESS Extra-Institucionales para su atención.
- Las Cartas de Garantía son confeccionadas y entregadas al ASEGURADO de forma digital o física, siendo su responsabilidad gestionar la cita con la IPRESS Extra-Institucional y asistir a la cita en la fecha programada.
- Al momento de asistir a la cita programada, el ASEGURADO deberá presentar en la IPRESS Extra-Institucional la Carta de Garantía y la Orden Médica, así como el Acta de Conformidad detallada en el Anexo (h).
- En caso el ASEGURADO se encuentre hospitalizado y no cuente con familiar responsable, será responsabilidad de la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, el velar por la continuidad de atención y gestionar la respectiva cita.
- Finalizada la prestación de salud, el ASEGURADO firmará el acta de conformidad y coordinará con la IPRESS Extra- Institucional la fecha de entrega de los resultados y/o informe médico.

Para la autorización de atenciones en IPRESS Extra-Institucionales, LA IAFAS verificará y agotará todos los recursos existentes en el Sistema de Salud de la Marina para la atención de los ASEGURADOS.

CLÁUSULA VIGESIMOTERCERA. - PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS

Un reembolso es el reconocimiento y posterior devolución de los gastos por una prestación de salud que el ASEGURADO se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 345/N Bellavista

Atención al cliente:
Línea: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Al elegir esta modalidad, el afiliado deberá presentar un expediente para solicitar el reembolso por el Plan de Salud Complementario Onconaval, debiendo considerar lo siguiente:

1. Estar al día en sus aportes mensuales al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes vigente.
2. Se efectuará el reembolso por los casos de emergencias oncológicas ocurridas por neoplasia activa que a continuación se detallan:
 - a. Emergencias Metabólicas:
 - Síndrome de lisis tumoral
 - Hipercolesterolemia maligna
 - Secreción inadecuada de vasopresina
 - Acidosis Láctica
 - Hipoglucemia
 - 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 TREINTA (30) días calendario, desde la fecha de emisión de la factura para presentar los documentos descritos como requisitos para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.
4. Deberá firmar y presentar la solicitud para devolución por gastos efectuados según modelo del Anexo (I), 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 detalle con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos. En caso corresponda a Cirugía u Hospitalización, adjuntar copia del Informe Médico y/o Epícrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detalle de costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
6. Comprobante de pago autorizado por la SUNAT (Factura Electrónica) a nombre de "LA IAFAS de la Marina de Guerra del Perú" identificada con N° de RUC: 20555989912; solo en el caso que la IPRESS cuente con registro habilitado en SUSALUD y no emita factura electrónica, se aceptará como comprobante de pago la boleta electrónica a nombre del ASEGURADO.
7. En caso la factura electrónica exceda el importe de SETECIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/700.00), y en caso en el expediente no se encuentre adjunto la constancia de auto detracción, se descontará la retención o detracción que corresponda y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.
8. Los reembolsos solicitados por recibos por honorarios electrónicos que excedan los MIL QUINIENTOS SOLES (\$/1,500.00), estarán sujetos a la aplicación de la retención del 8% y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.
9. De acuerdo con el Decreto Legislativo N° 1529 mediante el cual han modificado varias disposiciones de la Ley N° 28194, Ley para la lucha contra la evasión y para la formalización de la economía (TUO aprobado por D.S. N° 150-2007-EF), especialmente en cuanto a reforzar la obligación de usar medios de pago en las operaciones ("bancarización"), todo pago mayor a [igual a DOS MIL SOLES (\$/2,000.00)], para efecto de reembolso, deberá ser bancarizado y entregado los voucher originales de los distintos medios de pago (depósito en cuenta, transferencia, tarjetas de crédito y débito y/o pagos POS).
10. No se autorizarán reembolsos originados bajo automedicación.
11. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.
12. 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.
13. En caso de no presentar el detallado con costos de farmacia, se aplicará el descuento del 25% al monto total.
14. Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

El trámite de "Autorización de Reembolso" será evaluado por el Departamento de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, dentro del plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles desde la fecha de recepción de todos los documentos, los que se computará desde el día siguiente de la recepción por mesa de partes. De ser pertinente, el pago se realizará dentro de los TREINTA (30) días calendario computados desde el día siguiente de la aprobación por parte de la Auditoría Médica.

En caso el expediente sea observado, se notificarán estas observaciones al ASEGURADO a través de un oficio, en donde además se detallará el tiempo máximo de días calendario otorgados para el levantamiento de las observaciones, tiempo que iniciará a partir de la fecha de la notificación.

No se aceptarán los solicitudes de reembolso originados bajo automedicación o auto referencia, cabe precisar que el Plan de Salud Complementario Onconaval se reserva el derecho de excluir de la cobertura financiera los reembolsos por atenciones en Clínicas, Centros de Salud, profesionales de la salud independientes y otros proveedores que no cuenten con Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS).

Toma de conocimientos

A través de la presente declaro haber leído y estar de acuerdo con lo establecido en EL CONTRATO.

Bellavista, ____ de ____ del 20__

EL TITULAR

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS
DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

OFICINA CENTRAL:	Atención al cliente:	Página web:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista	Lima: (01) 500 2690	www.iafasfosmar.pe
	WhatsApp: 929 465 425	



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

ANEXO A

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN (OGA) DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

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.

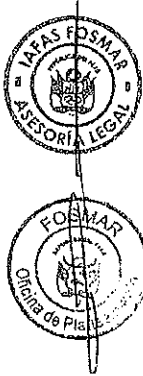
Asimismo, autorizo a que dicho descuento se haga efectivo en estricta observancia al Decreto Legislativo N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud de Los Fuerzas Armadas – y el Decreto Supremo N° 010- 2014-EF- normas reglamentarias para que las entidades públicas realicen afectaciones en la planilla única de pagos.

Lugar:

Fecha: de del

Huella Digital

(FIRMA)



ANEXO B

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo..... CIP:..... DNI:....., domicilio real:.....
..... distrito: provincia: departamento:
teléfono de casa: número de celular: e-mail:

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 o 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

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfoamarina.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

ANEXO C

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 pensiones.

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- normas reglamentarias para que las entidades públicas realicen afectaciones en la planilla única de pagos.

lugar:

fecha: de del

(FIRMA)



Huella Digital

ANEXO D

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

Personal propuesto para afiliación	Titular		Conyugue		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 tumores benignos o malignos, o Cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?														

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

Nombre y apellido de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Declaro bajo juramento que las respuestas dadas en la presente Declaración Jurada de Salud son verdícas 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

OFICINA CENTRAL
Av. República de Venezuela, cuadro 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Email: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

ANEXO E

FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DEL PLAN ONCONAVAL

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

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

Que, habiendo recibido el informe anatómico-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 anatómico patológico de fecha/...../.....
DIAGNÓSTICO:

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista, de del 20....

RECIBIDO POR

FIRMA

FECHA AFILIACIÓN:	
ESTADO CUENTA:	
ÚLTIMO MES	
DE PAGO:	

VºBº
AUDITOR MÉDICO

ANEXO F

FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO 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 desafiada 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 "Otras"):

- 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) ☐
- Otros ☐

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

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 coberturados por la IAFAS FOSMAR.

Bellavista, de del 20....

Firma del Titular

NOTA 1: Este formato será presentado en original y por cada familiar a desafiliarse 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.

OFICINA CENTRAL: Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista	Atención al cliente: Lima: (01) 500 2690 WhatsApp: 929 465 425	Página web: www.iafasfosmar.pe
---	---	--



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

APÉNDICE I DEL ANEXO "F"

DECLARACIÓN JURADA

Yo con D.N.I. y con domicilio en calle.....Nº.....Distrito.....Provincia.....Departamento....., declaro haber tomado conocimiento de que mi cónyuge (a) 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.

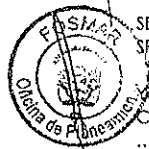
En de de 20..

Firma.....



APÉNDICE II DEL ANEXO "F"

SOLICITO : Continuar como afiliado - 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. :

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

Ante Ud. con 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 Nº 008-2010-SA y de la Ley Nº 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, o 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.

Asimismo, **DECLARO HABER SIDO INFORMADO** por IAFAS FOSMAR que de acumular TRES (3) primas sin pagar en forma consecutivas, seré 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.

Bellovista,

Atentamente

Firma



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

ANEXO G

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN EXTRA-INSTITUCIONAL (FRAE)

FRAE N° AÑO 20.....	
SERVICIO SOLICITANTE	
FECHA	
N° ATENCIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR	GRADO ESP. TELEF. C.I.P. DNI.
UNIDAD / DEPENDENCIA	ACTIVIDAD DISPONIBILIDAD RETIRO FALLECIDO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	TIT. ESP. HIJ. PAD. SUEG. DNI.
HOSPITALIZADO	SALA CAMA EDAD CÓDIGO ONCONAVAL
PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	
1	CIE 10
2	
3	
EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO	
1	CPMS
2	
3	
COBERTURA IAFAS FOSMAR	
TITULAR TARIFA NO REMUNERADA: COBERTURA 100%	FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA 80% - COPAGO 20%
ASEGURADOS ONCONAVAL: 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 prioridad I Y II. 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.

Nota:

- Para los requerimientos fuera del área de Lima y Callao, el Formato deberá ser llenado de acuerdo a lo establecido en el Oficio S.1000-623 del Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú de fecha 23 de abril del 2019.
- El Formato deberá ser presentado adjuntando el informe médico y/u orden médica que sustente el requerimiento, así como el Documento Nacional de Identidad (DNI) y la Tarjeta de Identidad Naval (TIN) o Tarjeta de Identidad Familiar (TIF), según corresponda.

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 800 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web:
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

ANEXO H

FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD

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 con 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.

ANEXO I

SOLICITUD DE DEVOLUCION POR GASTOS EFECTUADOS

SOLICITA: DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS

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

Yo, identificado con
 N° de CIP y N° de DNI domiciliado en
 actualmente laborando en con teléfono N° y
 correo electrónico autorizo la notificación del resultado de la solicitud al
 correo consignado, según sea su elección marcar SI () No (), ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo efectuado gastos por el concepto de
 suma de SOLES (S/), 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 IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, RUC. 20555989912, Dirección Av. Venezuela Cdra. 24 S/N° Bellavista -- Callao
- Liquidación de los gastos incurridos (Honorarios, procedimientos, laboratorio, farmacia, material quirúrgico e Insumos).
- Copia de historia clínica, Informe médico o evidencia que sustente la prestación
- Copia del DNI.
- Voucher de Cuenta Bancaria y CCI (Código de Cuenta Interbancaria)
- Solo en el caso de contar con una Autorización de IAFAS FOSMAR adjuntar copia del documento Autorizado y/o MN.

Bellavista,

Atentamente,

Firma