

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL PLAN DE SALUD BÁSICO IAFAS - CONTRATANTE



IAFAS
DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

IAFAS de la Marina de Guerra del Perú	RUC:	20555989912	Teléfono:	935820448	Póliza N°	
	Dirección:	AV. Venezuela cuadra 34 S/N - Bellavista - Provincia Constitucional del Callao			Vigencia desde	
					Vigencia hasta	

Conste en el presente documento las condiciones generales de **EL CONTRATO** del Plan de Salud Básico, que brinda la **IAFAS** de la Marina de Guerra del Perú con R.U.C. N° 20555989912, con domicilio en Av. Venezuela cuadra 34 S/N Callao, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS** y de la otra parte el **CONTRATANTE** el cual adquiere los beneficios y responsabilidades detallados en EL CONTRATO.

1. Datos del CONTRATANTE

Contratante:	Marina de Guerra del Perú	R.U.C.:	20153408191
Dirección:			

2. Datos del TITULAR

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

3. Relación de ASEGURADOS afiliados por el TITULAR

Datos de los ASEGURADOS			Fecha de Nacimiento			Parentesco (*)	D.N.I.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Día	Mes	Año		

(*) Se consignará el parentesco que tengan los ASEGURADOS con relación al TITULAR.



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

CLAUSULAS GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

La **IAFAS** otorga al **ASEGURADO** la cobertura de salud mediante el Plan de Salud Básico, 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.

Para efectos de las Cláusulas Generales y Particulares de **EL CONTRATO**, se denominará **TITULAR** a aquella persona por la que el **CONTRATANTE** efectúa el aporte de la prima mensual equivalente al 6% de su remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda. Asimismo, se denominará **ASEGURADO** a aquella persona que se encuentra afiliado y tiene derecho a la cobertura del Plan de Salud Básico, por ser derechohabiente del **TITULAR**.

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 Básico, los que pueden incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en **EL CONTRATO** y en las normas que lo regulan. Siendo responsabilidad del **TITULAR** dar la información oportuna de sus derechohabientes (hijos recién nacidos, nuevas nupcias, familiar fallecido).
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, copagos, cobertura financiera 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. **Accidente:** es toda lesión corporal producida por la acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta. No aplica para accidente de tránsito.
2. **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.
3. **Afiliación:** es el proceso efectuado para la inscripción en un plan de aseguramiento en salud.
4. **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**).
5. **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.
6. **Carta de Garantía:** es el documento que autoriza la atención del **ASEGURADO** en la **IPRESS** en convenio o contrato con la **IAFAS**.
7. **Cobertura de salud:** son las prestaciones de salud financiadas por la **IAFAS** a las que tienen derecho el **ASEGURADO** en la **IPRESS** de la Marina de Guerra del Perú e **IPRESS** Públicas y Privadas Extra-Institucionales debidamente registradas en **SUSALUD** dentro del territorio nacional.
8. **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.
9. **Continuidad:** es el reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo Contrato.
10. **Copago:** es el porcentaje del costo de la prestación de salud, atención ambulatoria o tratamiento hospitalario que el **ASEGURADO** debe pagar directamente a la **IPRESS** que le brinde la cobertura de salud.
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 sustente 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. **Documento de Identidad Nacional (D.N.I.):** es el documento a presentar para identificar al asegurado. En caso de asegurados extranjeros, el documento a presentar como identificación es el Carné de extranjería.
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 según Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01.
14. **Exclusiones:** son todas aquellas prestaciones no cubiertas por el Plan de Salud.
15. **Institución Administradora de Fondos de Salud de la Marina de Guerra del Perú (IAFAS-FOSMAR):** son las instituciones públicas encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS**.
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 en **SUSALUD**.
17. **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**.
18. **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.
19. **Prima:** es la cuota mensual que el Estado aporta a la **IAFAS** para la atención médica del **ASEGURADO**, que corresponde al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina del **TITULAR**.
20. **Reembolso:** es el reconocimiento y devolución de gastos por una prestación de salud que el **ASEGURADO** se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.
21. **Siniestros:** es la ocurrencia o materialización de los riesgos amparados por **EL CONTRATO**. En el riesgo en salud los siniestros son las atenciones médicas.
22. **Solicitud de reembolso:** es el formato que debe utilizar el **ASEGURADO** para iniciar un trámite de reembolso.
23. **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 las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con dependencia de quien la financie.

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 BÁSICO

24. **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.
25. **Tarjeta de Identificación Naval (T.I.N.):** Es el documento de identidad naval emitido por el Departamento de reservas Navales y movilización de la Dirección de Administración de Personal de la Marina de Guerra del Perú al personal de la Marina.
26. **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 Básico es obligatoria para todo el personal militar de la Marina de Guerra del Perú y sus derechohabientes, por quienes el **CONTRATANTE** aporta a la **IAFAS** una prima mensual equivalente al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda.

El **TITULAR** y sus **ASEGURADOS**, según corresponda, deben contar con T.I.N. o T.I.F. vigente para su afiliación, siendo indispensable que este documento se encuentre vigente durante toda la vigencia de **EL CONTRATO**.

Se podrán afiliar al Plan de Salud Básico, aquellas personas 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 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 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.- Los Derechohabientes que se encuentren inscritos en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina que cumplan con las siguientes condiciones:
 - a) Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable.
 - b) El/la hijo(a) menor de DIECIOCHO (18) años.
 - c) El/la hijo(a) mayor 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.
 - d) El/la hijo(a) declarado judicialmente interdicto, de acuerdo con la normativa vigente.
 - e) El/la hijo(a) que sea mayor de DIECIOCHO (18) años y menor de VEINTIOCHO (28) años, que sea soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación técnico o superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.
 - f) Los familiares que hayan heredado la pensión del **TITULAR**, siendo requisito indispensable que el Estado continúe efectuando el aporte de la prima mensual a la **IAFAS**.

Los hijos recién nacidos tendrán derecho al financiamiento de prestaciones de salud en forma temporal hasta los VEINTIOCHO (28) días calendario contados a partir del nacimiento, siempre y cuando acrediten la presentación del Certificado de Nacido Vivo (CNV), debiendo el **TITULAR** regularizar su inscripción en la base de Datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina dentro de dicho plazo, salvo casos debidamente sustentados.

Durante este lapso la deuda será cargada al **TITULAR**, de acuerdo con la cobertura financiera que le corresponde, aplicándose únicamente las condiciones asegurables consideradas en el Plan de Salud Básico.

CLÁUSULA QUINTA. - PERDIDA DE LA CONDICION DE AFILIADO

La **IAFAS-FOSMAR** no brinda cobertura de salud al personal militar por las que el **CONTRATANTE** no aporta la prima mensual equivalente al 6% de su remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda por ser una condición necesaria para ser considerado como **TITULAR** o **ASEGURADO**.

CLÁUSULA SEXTA. – COBERTURA DE SALUD

Las prestaciones de salud que la **IAFAS** cobertura en el Plan de Salud Básico, serán brindadas a los **ASEGURADOS**, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. La cobertura de salud será solo en el territorio nacional a través de la red de IPRESS de la Marina de Guerra del Perú y la red de IPRESS Públicas y Privadas Extra-Institucionales en convenio debidamente registradas en SUSALUD; de acuerdo con los porcentajes de cobertura financiera establecidos en la **Cláusula Vigésima**.
2. La cobertura del Plan de Salud Básico será de acuerdo con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS-2021) vigente, el cual se encuentra publicado en el siguiente link <https://www.iafasfosmar.pe/planes/plan-basico/>, y los beneficios incluidos en **EL CONTRATO**. Ante la eventualidad de situaciones de emergencias sanitarias por disposiciones del MINSA, se extenderá la cobertura de salud a favor de los **ASEGURADOS** y será de acuerdo con su condición asegurable.
3. La cobertura de salud referida a medicamentos será considerando los medicamentos con Denominación Común Internacional (DCI), que se encuentren comprendidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), y el Petitorio Farmacológico de Marina vigente. Los medicamentos no contemplados en los petitorios farmacológicos deben ser evaluados y aprobados por el comité farmacológico de los establecimientos de la Red Preferente y previo estudio financiero realizado por la IAFAS para determinar el impacto que generará al fondo del Sistema de Salud de la Marina, debiendo contar con resolución de la máxima autoridad.
4. La cobertura de salud referida a atenciones de emergencia que ponen en grave riesgo la vida y salud del **ASEGURADO**, serán cubiertas al 100% únicamente cuando el médico tratante determine expresamente que la atención corresponde a una prioridad I o II y mientras persista esa condición (La determinación de la prioridad debe ser congruente con el estado físico del paciente descrito en la historia clínica según la Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01). Estas atenciones deben haberse realizado en IPRESS debidamente registradas en SUSALUD, debiendo el **TITULAR** o **ASEGURADO** atendido realizar los siguientes procedimientos:
 - a. Solicitar la cobertura dentro de las 72 horas del siniestro a los emails de prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe
 - b. En el caso de solicitar reembolso, deberá hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos en la **Cláusula Vigésimocuarta**.
5. Se considera cobertura de salud originada por daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones auto infringidas en el **TITULAR** o **ASEGURADO** que tengan un diagnóstico de salud mental confirmado.

Las prestaciones de salud comprenden las intervenciones, procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias, e incluyen los beneficios establecidos en el PEAS así como los beneficios adicionales considerados en el Plan Específico.

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 BÁSICO

Las prestaciones de salud y medicamentos que cuentan con cobertura se encuentran detalladas en la página web (<https://iafasfosmar.pe>), debiendo considerarse de forma general las siguientes:

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
Atención Ambulatoria	Es la atención de salud en la cual un paciente que no está en condición de Emergencia (prioridad I y II) acude a un establecimiento de salud con fines de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación, estas incluyen consultas, honorarios médicos, medicamentos, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos médico quirúrgico siempre y cuando no termine en internamiento, que se encuentra consignado en el documento técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud" vigente.	Se incluye la atención de urgencia calificada con prioridad III y IV según Norma Técnica NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01 De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Hospitalización	Proceso por el cual el asegurado es ingresado a un establecimiento de salud para brindarle cuidados en la modalidad de internamiento, realizándose atenciones, procedimientos médico-quirúrgicos, con fines diagnósticos y terapéuticos que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de 12 horas; por su grado de dependencia o riesgo, según corresponda al nivel de atención.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Procedimiento médico-quirúrgico ambulatorio	Prestación de salud de una o más especialidades y/o subespecialidades quirúrgicas que se brinda a un paciente en una sala de operaciones, cuya recuperación y permanencia post operatoria debe de ser monitoreada en el establecimiento de salud correspondiente. Se encuentra consignado en el documento técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud" vigente.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Emergencia	Es toda condición súbita y fortuita, que requiera atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y la salud que pueda dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el médico tratante de salud encargado de la atención bajo responsabilidad.	La pertinencia de atenciones como prioridad I y II están sujetas al procedimiento de auditoría médica, según los criterios de la Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01
Cuidados intensivos	Se brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y/o gravedad, que no puede ser atendida en hospitalización común por su complejidad.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Maternidad	Prestación de salud brindada a la gestante, desde la concepción hasta el nacimiento, incluye control post natal hasta los primeros 42 días posteriores al nacimiento.	Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Exámenes, diagnósticos especializados - Apoyo al diagnóstico	Se brindan servicios complementarios o auxiliares, de la atención médica basado en evidencias, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico de los problemas clínicos. Incluye exámenes de laboratorio clínico, imágenes, anatomía patológica, u otros.	Su uso según diagnóstico debe estar estandarizado en guías clínicas aprobadas por el Sistema de Salud de la Marina o el MINSA. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Atención de prevención de riesgos	Se hace efectiva en la atención integral, considera medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, reducción de factores de riesgo, detener su avance y atenuar sus consecuencias. Se considera el patrón de morbilidad de la población objetivo.	Se considera para su despliegue las disposiciones sanitarias emitidas por el MINSA y sus guías de práctica Clínica. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Suministro de dispositivos médicos, insumos, accesorios y prótesis quirúrgicas	Es el otorgamiento de dispositivos médicos, insumos, accesorios y prótesis quirúrgicas para las condiciones asegurables consideradas en el PEAS y determinadas por Junta Médica, considerando el grado de recomendación fuerte con evidencia de alta calidad o de recomendación fuerte con evidencia de moderada calidad, según la escala GRADE (grado 1A y 1B) vigente.	Se puede realizar sólo en las IPRESS con las cuales se tiene convenio o contrato vigente dentro del territorio nacional. Su uso según diagnóstico debe estar debidamente sustentado en guías clínicas aprobadas por el Sistema de Salud de la Marina o el MINSA. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Juntas Médicas	Reunión de dos o más especialistas (con participación de un especialista de IAFAS FOSMAR) para la toma de decisiones en relación con el diagnóstico y tratamiento, en casos requeridos por el médico tratante. En situaciones donde el Sistema de Salud de la Marina de Guerra del Perú no tenga la capacidad resolutoria y no exista convenio o contrato de reciprocidad, se financiará la participación de especialistas extrainstitucionales.	De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Medicamentos (Farmacia)	Es el preparado farmacológico obtenido a partir de uno o más principios activos, que pueden o no tener excipientes, que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas	Para todo nuevo medicamento a considerar dentro de la cobertura, deberá contar con una evaluación previa por parte de un comité farmacológico especializado quienes evalúen la necesidad, el costo beneficio y otros factores del

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 BÁSICO

PRESTACIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
	fisiológicos en beneficio de la persona a quien es administrado. La forma farmacéutica deberá estar registrada y autorizada por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), incluida en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para el Sector Salud, vigente y en el petitorio farmacológico vigente,	fármaco nuevo a incorporar. Solo se cobertura lo estipulado en PNUME y el Petitorio de la Marina de Guerra del Perú. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Transporte asistido de pacientes	Es el transporte en compañía de un profesional de la salud de un paciente adulto, pediátrico o neonatal, que por su condición patológica requiere ser evaluado o tratado en un establecimiento de salud de mayor complejidad; o ser trasladado a un servicio médico de apoyo para un determinado procedimiento. Su aplicación se regirá mediante la normativa vigente.	Sólo en diagnósticos considerados en el PEAS que ameriten una atención por emergencia bajo Prioridad I (y otros en condición repentina e inesperada que ponen en peligro eminente la vida y la salud, por consecuente requieren atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos). La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención en la IPRESS de origen, bajo responsabilidad. La IPRESS de origen no debe contar con capacidad resolutive para brindar la atención requerida por el afiliado. No aplica en altas voluntarias del paciente para traslado a otras IPRESS. De acuerdo con la condición del asegurado, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales del Plan que se detallan en la Cláusula Séptima .
Provisión de anteojos	Se cobertura diagnósticos contemplados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)* según la clasificación CIE-10: (1) H52.7: Trastorno de la refracción no especificado. (2) H52.0: Hipermetropía. (3) H52.1: Miopía. (4) H52.2: Astigmatismo. (5) H52.4: Presbicia *Cobertura de acuerdo a Guía Práctica clínica aprobada con resolución Ministerial N°313-2024/MINSA.	- Solo para beneficiarios entre las edades de 3 a 17 años. - El monto máximo de reembolso por la compra de los anteojos y montura es de S/80 soles. - Toda consulta deberá realizarse con médico especialista en oftalmología en nuestra red de IPRESS de la Marina de Guerra del Perú. - La solicitud de reembolso debe presentarse dentro de los 30 días calendario posteriores a la compra de los anteojos y montura. - Factura a nombre de IAFAS de la Marina de Guerra del Perú- RUC 20508650451 - El reembolso podrá solicitarse solo una vez durante la vigencia de tu póliza. - Sujeto a evaluación de Auditoría médica de IAFAS.

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.

CLÁUSULA SÉPTIMA. – EXCLUSIONES

Las prestaciones de salud no cubiertas por el Plan de Salud Básico se detallan a continuación. No obstante, se exceptúan aquellas que, en caso de contravención, estén contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en cuyo caso se aplica la cobertura según lo dispuesto por el PEAS.

1. Todas las prestaciones que sean atendidas sin acreditación previa de la IAFAS en los sistemas informáticos de acreditación correspondientes.
2. Todas las prestaciones extrainstitucionales sin autorización de la IAFAS; a excepción de atenciones en emergencias que están sujetas a validación prestacional.
3. Todo tipo de prestaciones de salud efectuadas en Instituciones que no sean IPRESS reconocidas y autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
4. Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean profesionales de salud colegiados.
5. Tratamientos, terapias, procedimientos, intervenciones, medicamentos, fármacos o material médico, utilizados sin prescripción médica autorizada por la **IAFAS**.
6. Todo procedimiento médico o quirúrgico de naturaleza cosmética o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente. Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), cirugía plástica, cirugía reconstructiva, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica, cambio de sexo y colocación o retiro de tatuajes ni piercing. Así como las complicaciones de éstas, a corto, mediano y largo plazo.
7. Atenciones o tratamientos por diagnósticos oncológicos, a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
8. Estética dental, ortopedia maxilar removible, cementación de Brackets, rehabilitación oral: coronas de porcelana, prótesis parcial removible, prótesis totales, prótesis fijas, pernos de fibra de vidrio, férulas miorrelajantes, problemas en la articulación temporomandibular, prognatismo, problemas de la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneo mandibular, implantes dentales salvo intervenciones quirúrgicas por accidentes (no de tránsito) debidamente demostrados (con excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)).
9. Enfermedades, lesiones o defectos: congénitos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, adquiridos al nacer y/o de origen genético (hereditario o no hereditario); manifestadas en cualquier etapa de la vida, a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

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 BÁSICO

10. Estudios, pruebas y/o screening genéticos (intra o extrauterinos) y tratamientos genéticos. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, inestabilidad micro satelital genética molecular de sangre.
11. Estudios y despistajes genéticos para cualquier tipo de cáncer a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
12. Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
13. No se cubren tratamientos intrauterinos al feto que está por nacer.
14. Gastos por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico, a excepción de los tipos de aborto coberturados en el PEAS.
15. Alimentación y cama de acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización como habitación tipo suite, televisores, radios, celulares, teléfonos, batas, etc. Asimismo, todo tipo de gasto por concepto de transporte o alojamiento de acompañantes.
16. Medicamentos biológicos tipo gammaglobulina o afines, salvo en las afecciones específicas indicadas por junta médica con la debida justificación basada en guías de práctica clínica.
17. Inmunoterapia ni lisados bacterianos, medicamentos inmunoestimulantes y terapias biológicas preventivas.
18. En caso de trastornos alérgicos: procedimientos de desensibilización ni pruebas relacionadas como paneles alérgicos, pruebas cutáneas o PRICK TEST, IG E, triptasa, histamina, factores y enzimas reguladores del complemento, inmunoprecipitinas, inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos y otros
19. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto las suministradas durante hospitalización en estado consuntivo, post - operado en áreas críticas o casos debidamente sustentados por junta médica. A excepción de pacientes que se dializan de manera permanente con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal o enfermedad renal grado V en IPRESS Públicas.
20. Fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, edulcorantes, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y post natal (de acuerdo con normas técnicas de MINSA), osteoporosis y vitamina K en hemorragias, leches maternizadas, excepto en casos de niños recién nacidos de madre VIH (+) hasta el primer año.
21. Productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, de uso medicinal como cannabis y derivados), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotóxicos y neotrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
22. Tratamiento con toxina botulínica. Excepto en casos de: Distoria cervical, espasmo, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral debidamente sustentados por médico especialista en Neurología. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
23. Tratamiento con hormona de crecimiento con fines preventivos y/o estéticos.
24. Exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos (medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico) considerados medicamento no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) y que en la evaluación realizada por organismos referentes (Food and Drug Administration - FDA, European Medicine Agency - EMA o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH) y DIGEMID (Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas), no cuenten con la aprobación expresa para la indicación específica por la que son solicitados. Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de utilidad no demostrada.
25. Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos, así como la calificación de la sangre y los estudios de banco de sangre proveniente de donantes heterólogos o autólogo.
26. Subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia, sepelio y similares, para el **TITULAR** y derechohabientes.
27. Tratamiento quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. Medias para várices. Escleroterapia para várices.
28. Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento.
29. Diagnósticos, estudios y tratamientos o cirugías para fertilización (tanto fertilidad primaria como secundaria), materiales e insumos para la anticoncepción (DIU, implantes, píldoras e inyectables anticonceptivos), a excepción de las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
30. Procedimientos de Crio preservación o Criogenéticas.
31. Ecografías 3D y 4D en gestantes.
32. Todos gasto de salud realizado en el extranjero por concepto de enfermedad o accidente: honorarios médicos, procedimientos auxiliares, hospitalizaciones, medicinas, implementos, etc.
33. Medicamentos no comercializados a nivel nacional. Adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y del Petitorio Farmacológico de Marina vigentes, salvo indicación por Junta médica; y sujeto a auditoría médica y disponibilidad presupuestal.
34. Gastos que sean responsabilidad y estén bajo coberturas de otras aseguradoras (SOAT, SIS, EPS y otros).
35. Gastos de salud por accidentes de tránsito, excepto los gastos excedentes luego de terminarse la cobertura del SOAT o fondo de compensación del SOAT. Se excluye la cobertura de cualquier tipo de prestación médica por accidentes ocasionados como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, estupefacientes o drogas ilícitas (en caso de accidente vehicular solo se aplica al conductor). Si el responsable del accidente se da a la fuga, el familiar o paciente debe solicitar la cobertura al MTC mediante el fondo de compensación SOAT y CAT.
36. Todo gasto por concepto de chequeo médico y/o despistaje de enfermedades de una persona sana, excepto los que se realicen de acuerdo con programa preventivo especificado en el plan de salud, lo contemplado dentro del PEAS.
37. Las atenciones o exámenes de capacidad psicofísica por ascenso, asimilación y/o de rutina, así como los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o similares.
38. Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas, ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, zapatos y plantillas ortopédicas, soportes de zapatos de cualquier tipo, entre otros), ni prótesis externas (oculares, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros), ni prótesis ortopédicas. A excepción de las prótesis cubiertas por el PEAS vigente (reemplazo de protésico de húmero proximal (hombro), cabeza de radio (muñeca), fémur- proximal y cuello).
39. Audífonos, implante coclear, cristales, lentes de contacto, métodos correctivos intraoculares, prótesis para afaquia y ayudas para visión baja. Solo se cubren los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas y provisión de anteojos para los diagnósticos especificados según PEAS.
40. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de fusión, bomba de acción de tiempo de coagulación activado, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, Cough Assist, dispositivos CPAP o similares, neuro estimuladores cerebrales, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros.
41. Productos dermatocósméticos, bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos (foto protectores), humectantes, exfoliantes, antiage, despigmentantes, cremas neutras, jabones, champúes y productos para higiene personal, pañales descartables, biberones y otros materiales de uso doméstico.
42. Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, ozonoterapia, homeopatía, quiropraxia, entre otros. No se cubren tratamientos de rehabilitación en gimnasios.

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.iafosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

43. Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
44. Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la IPRESS, durante la hospitalización o en domicilio.
45. Inmunizaciones no incluidas en el esquema de vacunas MINSA vigente. En IPRESS Extrainstitucional únicamente se cobertura inmunizaciones del recién nacido (las inmunizaciones del esquema de vacunación MINSA en calendario nacional son otorgadas por el Ministerio de Salud para toda la población, en todas las IPRESS públicas a nivel nacional).
46. Atenciones presenciales a domicilio. A excepción de los considerados en el PEAS.
47. Visco suplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Micro resonancia magnética.
48. Gastos por daños relacionados al incumplimiento comprobado de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como por la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.
49. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnóstico o tratamientos no cubiertos por el Plan de Salud.
50. Lesiones o enfermedades causadas por prácticas deportivas de alto riesgo; esquí, motocross, motociclismo, carrera de autos, paracaidismo, aviación deportiva, caza submarina y similares; con excepción de aquellas relacionadas estrictamente al servicio.
51. Cualquier prestación de salud no contemplada y/o que estuviera excluida, y que, pese a ello, hubiese sido otorgado por error o excepción, no genera un derecho adquirido y no establece obligación de cobertura futura a cargo de la IAFAS.
52. Gastos que tengan un fin administrativo como: copia de historia clínica, emisión de informes médicos certificado de salud para descanso médico por incapacidad u otros similares.
53. No se considera la cobertura de salud para prestaciones o atención de medicinas por enfermedades o patologías oncológicas.

CLÁUSULA OCTAVA- INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura del Plan de Salud Básico inicia con el cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Desde el momento de la afiliación no existiendo período de carencia.
2. Para casos de maternidad, iniciará únicamente si la gestante se encuentra afiliada al momento de la concepción.

CLÁUSULA NOVENA. - LUGARES DE COBERTURA

Las prestaciones de salud serán cubiertas de manera preferente en las IPRESS Institucionales (Centro Médico Naval, Policlínico Naval de San Borja, Clínica Naval de Iquitos y otras con que cuente el Sistema de Salud Naval).

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

LA IAFAS mantendrá actualizada la información de la IPRESS Extra-Institucionales con convenio y/o contrato vigente, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles, efectuar la actualización en la página web en base a cualquier interrupción o cese del servicio por parte de alguna de estas IPRESS.

CLÁUSULA DECIMA. - INCUMPLIMIENTO DE APORTES DE PRIMAS

El incumplimiento de DOS (02) aportes de prima mensual por parte del **CONTRATANTE**, originará la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, la que se hará efectiva a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento según cronograma de aportes.

La suspensión automática de **EL CONTRATO** será exceptuada en caso el **TITULAR** cambie de situación militar de "Actividad" a "Retiro", debiendo regularizar los aportes de las primas no aportadas por el **CONTRATANTE** a la IAFAS.

la IAFAS comunicará al **CONTRATANTE** y al **ASEGURADO** mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga, sobre el incumplimiento del aporte de las primas y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para la regularización correspondiente.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA. – COPAGOS

Las prestaciones del presente plan están sujetas a copagos a cargo de **EL AFILIADO/ ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, los cuales varían de acuerdo a los planes en los que se encuentren afiliados y las IPRESS en la que reciban la prestación de salud, según se detalla en **Cláusula Vigésima**.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia (prioridad I y II) mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de LOS ASEGURADOS.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA. - 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 modificaciones de copagos y primas, según corresponda:

- Incremento del aporte del estado como empleador
- Incremento de Siniestralidad

La IAFAS deberá comunicar al **CONTRATANTE** y al **ASEGURADO** con una anticipación no menor a CUARENTA Y CINCO (45) días útiles previos al vencimiento de la vigencia de **EL CONTRATO**, mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga, la intención de reajustar con incrementos las primas y/o copagos. Cumplido el indicado plazo, la "renovación" de **EL CONTRATO** será automática y considerando las nuevas condiciones.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA. – INFORMACIÓN

LA IAFAS debe poner a disposición del **TITULAR** y del **ASEGURADO**, UNA (01) copia de **EL CONTRATO** a fin de que este informado de las coberturas, exclusiones y condiciones con que cuenta el Plan de Salud Básico.

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 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA. - PLAZO CONTRACTUAL

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 BÁSICO

La vigencia de **EL CONTRATO** es de UN (01) año, y de no mediar modificaciones previamente informadas, quedara automáticamente renovado por el mismo plazo.

En caso el **ASEGURADO** cambiara de situación militar antes del vencimiento de **EL CONTRATO**, la **IAFAS** efectuará el cambio del Plan de Salud que corresponda, de acuerdo con la cobertura financiera y copago que se detallan en la **Clausula Vigésima**.

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 **TITULAR** 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 recibida por el **TITULAR**.

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. El fallecimiento del **TITULAR** (*)
2. Desvinculación del **TITULAR** 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**, esto como consecuencia de que el **TITULAR** dejó de tener el derecho de percibir una remuneración, pensión o propina.
3. Que el **CONTRATANTE** no aporte la prima mensual equivalente al 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina que percibe el **TITULAR**, según corresponda.

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

CLÁUSULA DECIMOOCATA. - 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**.

CLÁUSULAS PARTICULARES

CLÁUSULA DECIMONOVENA. – PRIMA MENSUAL

El **CONTRATANTE** deberá efectuar el aporte de la prima mensual que se detalla a continuación:

Aporte para cobertura de	Monto por aportar
Titular	6% de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda
Titular y 01 o más derechohabientes	6% de la remuneración consolidada o pensión

CLÁUSULA VIGESIMA. – PORCENTAJES DE COBERTURAS Y COPAGOS

La Cobertura financiera asumida por la **IAFAS** y el Copago que debe asumir el **ASEGURADO**, se encuentra determinado en la siguiente tabla:



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

Nombre del plan	Condición del titular	Situación del Titular	Personal con derecho - parentesco de derechohabientes	Atenciones en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Públicas		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Privadas	
				Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago
PLAN DE SALUD 1 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal de Oficiales en situación de actividad. - Técnicos Supervisores en situación de actividad. - Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad. - Cadetes Aspirantes y Alumnos Aspirantes en período de instrucción en los Centros de Formación.	1. Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%
PLAN DE SALUD 2 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal de Oficiales en situación de actividad. - Técnicos Supervisores en situación de actividad. - Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad.	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 3 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio). - Personal militar pensionable con grado de Almirante o Técnico Supervisor.	1. Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

Nombre del plan	Condición del titular	Situación del Titular	Personal con derecho - parentesco de derechohabientes	Atenciones en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Públicas		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Privadas	
				Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago
PLAN DE SALUD 4 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio). - Personal militar pensionable con grado de Almirante o Técnico Supervisor.	6. Cónyuge/Conviviente 7. Hijo menor de edad 8. Hijo con discapacidad interdicto 9. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 10. Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 5 PLAN BÁSICO	VIDA	Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1. Titular	90%	10%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 6 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	50%	50%	80%	20%	70%	30%
PLAN DE SALUD 7 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicio. - Personal militar pensionable en retiro por discapacidad o incapacidad por causas ajenas al servicio.	1. Titular	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 8 PLAN BÁSICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicios. - Personal militar pensionable en retiro por discapacidad o incapacidad por causas ajenas al servicio.	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	30%	70%	70%	30%	60%	40%
PLAN DE SALUD 9 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro a causa de límite de edad en el grado. - Personal militar pensionable en retiro por renovación. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad, invalidez, enfermedad, incapacidad física o psicomática por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de servicio). - Personal militar femenino pensionable (con 25 años a más de servicio). - Personal militar pensionable con grado de Almirante o Técnico Supervisor. - Personal militar fallecido en acción de armas, a consecuencia, en ocasión o acto del servicio.	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 10 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	50%	50%	80%	20%	70%	30%
PLAN DE SALUD 11 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con menos de 25 años de servicio. - Personal militar pensionable en retiro por Invalidez por causas ajenas al servicio.	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	30%	70%	70%	30%	60%	40%
PLAN DE SALUD 12 PLAN BÁSICO	FALLECIDO	- Herederos de la pensión del Titular fallecido, siempre que esta pensión se encuentre considerada en el aporte la prima mensual equivalente al 6% por parte del Estado. - De acuerdo con el beneficio de pensión dispuesto mediante mandato judicial	1. Hijos solteros mayores de 28 años (sin descendencia) 2. Padres	70%	30%	90%	10%	80%	20%

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 BÁSICO

Nombre del plan	Condición del titular	Situación del Titular	Personal con derecho - parentesco de derechohabientes	Atenciones en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Públicas		Atención en IPRESS Extra-Institucionales Privadas	
				Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago	Cobertura Financiera	Copago
PLAN DE SALUD 13 PLAN BÁSICO	VIDA	- Beneficiarios incluidos por Sentencia del Tribunal Constitucional - Expediente N° 263 -2000-AA-TC (APENFFAAPONA).	1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijo menor de edad 3. Hijo con discapacidad interdicto 4. Hijo soltero siguiendo estudios hasta los 28 años 5. Hijastro	100%	0%	80%	20%	80%	20%
PLAN DE SALUD 14 PLAN BÁSICO	VIDA	- Personal militar pensionable que sea beneficiario por parte del Instituto al estar calificado como Vencedor de la Campaña Militar de 1941 y Conflicto de 1933	1. Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%

NOTA:

- En los planes de salud que incluyan hijastros en la columna "PARENTESCO – PERSONAL CON DERECHO", deberá considerarse que estos tendrán los mismos derechos y restricciones que los hijos, siempre y cuando se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
- Las atenciones de emergencia (prioridad I y II), son cubiertos al 100% por la IAFAS FOSMAR. La pertinencia de atenciones como prioridad I y II están sujetas al procedimiento de auditoría médica.
- Los beneficiarios incluidos por sentencia del Tribunal Constitucional en el caso APENFFAAPONA, respecto a la atención farmacológica, deberán abonar un copago equivalente al 30% del costo total de los medicamentos.

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

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

- TITULARES. - Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de Identidad Naval (TIN) vigente.
- ASEGURADOS. - Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente.

Lo indicado en el numeral precedente también es de aplicación para los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años y menores de VEINTIOCHO (28) años que se encuentren **ASEGURADOS** al Plan de Salud Básico.

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

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

- Son autorizadas únicamente en caso la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú sustente que cuenta con limitaciones de especialistas, equipamiento médico y/o reactivos, para realizar los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos que requiera el **ASEGURADO**, debiendo para tal efecto efectuarse el requerimiento mediante el Formato del **Anexo (a)**. La **IAFAS** podrá establecer mecanismos virtuales para mejorar el acceso a los asegurados para presentar sus requerimientos de atenciones extrainstitucionales.
- Las Cartas de Garantía son emitidas por **LA IAFAS** previa evaluación de la necesidad y complejidad de la prestación de salud requerida, así como 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. El **ASEGURADO** puede verificar la emisión de su carta de garantía en la página web, mediante el siguiente link: <https://www.iafasfosmar.pe/>
- 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 (b)**.
- 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. En caso el **ASEGURADO** requiera una reevaluación con resultados u otra indicación médica, deberá solicitar u nuevo requerimiento de atención.

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. – PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA Y URGENCIA

ATENCIÓN POR EMERGENCIA (PRIORIDAD I Y II)

Para la atención de emergencia que son clasificadas como prioridad I y II en la Normativa Técnica vigente (N.T.S. N° 042-MINSA/DGSP-V.01), deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- El **TITULAR** o **ASEGURADO** deberá presentarse en la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú o en el establecimiento de salud más cercano según su emergencia lo requiera, debiendo identificarse con su Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta de Identidad Naval (TIN) o Tarjeta de Identificación Familiar (TIF) vigente, según corresponda.
- En caso de ingresar a una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, el **ASEGURADO** recibirá la atención según su complejidad. De requerirse la atención en una IPRESS de mayor capacidad resolutoria, la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú será responsable de coordinar la referencia correspondiente.
- En caso de ingresar a una IPRESS Extra-Institucional con convenio o contrato vigente, el **ASEGURADO** solicitará su atención inmediata en cumplimiento a lo establecido en la 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 (Prioridad I y II) y partos. En estos casos, deberá notificar a la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú más cercana a fin de generarse el Mensaje Naval y al mismo tiempo la IPRESS Extra-Institucional comunicará a la IAFAS FOSMAR para la emisión de la Carta Garantía de manera inmediata o en un plazo no mayor de SETENTA Y DOS (72) horas posteriores ingreso del paciente. En caso no haya Sanidad Naval o IPRESS con convenio, la IPRESS Extra-Institucional deberá comunicarse con la IAFAS FOSMAR enviando un correo a prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe, enviando la Historia Clínica completa y la liquidación detallada de servicios prestados en un plazo no mayor a SETENTA Y DOS (72) horas, posteriores al ingreso del paciente.

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 BÁSICO

- En caso de exceder el monto autorizado inicial, la **IPRESS** deberá solicitar la ampliación de Carta de Garantía vía email a los correos prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe, enviando la preliquidación o liquidación de los servicios prestados.
- En caso la atención emergencia sea realizada en una IPRESS Extra-Institucional sin convenio que no acepte el pago mediante Carta de Garantía a pesar de ser de prioridad I y II, el **ASEGURADO** podrá aplicar a la modalidad de reembolso, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en la **Cláusula Vigésimocuarta**.

ATENCIÓN POR URGENCIA (SE CONSIDERA SOLO PRIORIDAD III)

• Atención de orientación

Cuando ocurra una urgencia de lunes a viernes en el horario laborable de 08:00 a 16:30 horas en las zonas del territorio nacional, el **ASEGURADO** o familiar deberá comunicarse vía telefónica con el personal técnico de atención al afiliado de las unidades desconcentradas de las zonas navales para solicitar orientación de atención, a los siguientes números de acuerdo con el siguiente detalle:

- Primera zona naval – Celular: 9914 785 604 (Amazonas, La Libertad, Lambayeque y Cajamarca)
- Primera zona naval – Celular: 949714212 (Piura y Tumbes)
- Segunda zona naval – Celular: 935820448 (Lima y Callao)
- Segunda zona naval – Celular: 914785701 (Ica, Ancash, Junín, Huancavelica, Pasco y Ayacucho)
- Tercera zona naval – Celular: 9147856 37 (Arequipa, Moquegua, Tacna, Puno y Madre de Dios)
- Cuarta zona naval – Celular: 9147856 60 (Ucayali, Apurímac, Cuzco y Huánuco)
- Quinta zona naval – Celular: 935835649 (Loreto y San Martín)

• Atención de Urgencia (Se considera solo PRIORIDAD III) en HORAS LABORALES, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Cuando ocurra una urgencia de lunes a viernes en el horario laboral de 08:00 a 16:30 horas en las zonas del territorio nacional donde no exista Sanidad Naval o la sanidad Naval no cuente con médico, el **ASEGURADO** o familiar deberá generar su SAE (Solicitud de Atención Extra-Institucional) a través del Módulo "MICUENTA" que se encuentra en la página web (www.iafasfosmar.com.pe) y comunicarse vía telefónica con el personal técnico de atención al afiliado de las Unidades Desconcentradas de las zonas navales, a los números mencionados en el párrafo anterior.
- El **ASEGURADO** recibirá la orientación necesaria del personal técnico de atención al afiliado de las Unidades Desconcentradas para registrar a través del servicio web "MI CUENTA" la solicitud de Atención extrainstitucional a través del módulo SAE de manera inmediata, inclusive de ser necesario nuestro personal podrá realizar el registro con los datos proporcionados por el **ASEGURADO** o familiar que realice la llamada.
- En caso la urgencia PRIORIDAD III sea atendido en una IPRESS en convenio, el **ASEGURADO** deberá asumir el copago correspondiente a su Plan de Salud Básico.
- En caso la urgencia PRIORIDAD III sea atendido en una IPRESS sin convenio el **ASEGURADO** deberá contar con autorización de la **IAFAS FOSMAR** asumiendo el pago total de la prestación, debiendo solicitar su devolución en el cual se aplicará copago de acuerdo al Plan que corresponda, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en la **Cláusula Vigésimocuarta**.
- El personal técnico de atención al afiliado de las unidades Desconcentradas informará al **ASEGURADO** la emisión de su carta de garantía para su atención por urgencia PRIORIDAD III.
- En este caso la **IAFAS** emitirá la carta de garantía en un plazo máximo de un día hábil por un monto base: IPRESS Privada de DOSCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES (\$/250.00), IPRESS publica MINSA de CIENTO CINCUENTA CON 00/100 SOLES (\$/150.00) y ESSALUD de CUATROCIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/400.00).
- En caso la **IAFAS** determine que no es una urgencia PRIORIDAD III, dará respuesta a través del módulo SAE al **ASEGURADO** de la evaluación en forma inmediata o dentro del horario laborable del día que se reportó la presunta urgencia.
- Si el **ASEGURADO** tuviera cualquier requerimiento adicional fuera de horas laborales deberá comunicarse al número 983093040 con el personal de guardia de prestaciones de salud.

• Atención por Urgencia (solo se considera PRIORIDAD III) en horas NO LABORALES, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Cuando ocurra una urgencia PRIORIDAD III de lunes a viernes en horas no laborales, sábados, domingos o feriados en las zonas del territorio nacional con sanidad Naval y donde no exista sanidad Naval, el **ASEGURADO** deberá llamar al teléfono 983093040 del personal de guardia de prestaciones de salud de la **IAFAS**.
- El personal de guardia de prestaciones de salud de la **IAFAS** se comunicará de inmediato con la IPRESS en convenio para coordinar la atención del **ASEGURADO** y autorizar en caso se confirme la urgencia **PRIORIDAD III**.
- El personal de guardia de prestaciones de salud de la **IAFAS** deberá informar al **ASEGURADO** el porcentaje de cobertura para que realice el pago del copago correspondiente a su plan a la IPRESS.
- En caso que la atención médica del **ASEGURADO** se realice en una IPRESS sin convenio, el personal de guardia de Prestaciones de salud de la **IAFAS** enviará un correo al **ASEGURADO** autorizando la atención de urgencia por la modalidad de reembolso, el cual será evaluado y sólo procederá en caso que la auditoría médica de la **IAFAS** determine que fue una atención de urgencia PRIORIDAD III.

* **NOTA:** En caso la urgencia se concluya como PRIORIDAD IV no se considerará el procedimiento descrito, debiendo ser asumido por el **ASEGURADO** o familiar en su totalidad el costo de la prestación, no teniendo derecho a reembolso ni procedimiento de pago a la IPRESS.

CLÁUSULA VIGESIMOCUARTA. – PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS DE ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL

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.

Previo a la solicitud de reembolso, el **ASEGURADO** deberá solicitar la autorización para efectuar la prestación de salud en una IPRESS Extraintitucional mediante el formato del **Anexo (c)**, que deberá presentar a través del correo iafasmar.secretaria@iafasfosmar.pe, y posteriormente, gestionar y hacer seguimiento de la autorización a través de los siguientes números telefónicos:

- 935820448, en días y horarios laborales: de lunes a viernes de 08:30 horas a 16:30 horas.
- 983093040, en días y horarios no laborales.

Asimismo, la **IAFAS** podrá establecer mecanismos que faciliten el trámite de las solicitudes.

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 BÁSICO

Este procedimiento no se aplica para las atenciones de emergencia calificadas como prioridad I y II, siendo aplicable previa evaluación para los siguientes casos:

- 1.- Cuando el **ASEGURADO** requiera de una atención de emergencia calificada como de prioridad I y II, de forma inmediata debido a que se pone en riesgo inminente la vida, no contando en su área geográfica IPRESS de la Marina de Guerra del Perú cercana.
- 2.- Cuando el **ASEGURADO** no cuente dentro de su ubicación geográfica con una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú para la atención de urgencia calificada como prioridad III.
- 3.- Cuando el **ASEGURADO** requiera una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutoria, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao.
- 4.- Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

Con la aprobación de la solicitud y posterior a la atención recibida, el **ASEGURADO** cuenta con un plazo no mayor a SESENTA (60) días calendario para presentar el expediente que deberá incluir los documentos que sustenten el gasto efectuado de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- 1.- Solicitud de devolución por gastos efectuados del **Anexo (d)**, debidamente suscrita por el **TITULAR**, adjuntando copia de su TIN o TIF de ser el caso y un voucher con su código de cuenta interbancario (CCI).
- 2.- 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**.
- 3.- Copia de la Historia Clínica completa de la emergencia médica, por los gastos efectuados incluyendo el detalle de la liquidación de los gastos realizados por honorarios médicos, procedimientos, medicamentos y otros.
- 4.- Para el caso de una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutoria, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao deberá adjuntarse la orden médica y/o informe médico que sustente la situación que motiva su requerimiento.
- 5.- Carta de autorización de la atención extrainstitucional bajo la modalidad de reembolso emitida por la **IAFAS**, en los casos que no sean por atención de emergencia con diagnósticos de prioridad I y II.
- 6.- En caso la factura electrónica exceda los 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.
- 7.- 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.
- 8.- 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 o 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).

El trámite de "Autorización de Reembolso" es evaluado por el Departamento de Prestaciones de Salud de la **IAFAS**, dentro del plazo máximo TREINTA (30) días hábiles desde la fecha de recepción de todos los documentos, lo 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 contabilizados desde el día siguiente de la aprobación por Auditoría Médica.

En el caso de existir observaciones al expediente se comunicará en un solo acto al asegurado vía oficio, otorgándole un plazo de (30) TREINTA días hábiles para el levantamiento de observaciones contabilizados al día siguiente de la notificación del Oficio; si el interesado requiere un plazo adicional podrá solicitarlo vía documento a través de mesa de partes de la **IAFAS**.

En el caso que el reembolso este en estado rechazado este se comunicará vía oficio al asegurado, el cual podrá solicitar su recurso de reconsideración en un plazo no mayor a (15) QUINCE días hábiles contabilizados al día siguiente de la notificación del oficio.

No se aceptarán las solicitudes de reembolso originadas bajo automedicación o auto referencia; cabe precisar que el Plan de Salud Básico se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a ciertas 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:
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 BÁSICO

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.	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						CIE 10					
1											
2											
3											
EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO						CPMS					
1											
2											
3											
COBERTURA IAFAS FOSMAR											
TITULAR TARIFA NO REMUNERADA: COBERTURA 100%			FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA Y COPAGO SGÚN PLAN DE SALUD				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:

- El formato deberá ser presentando 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) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

ANEXO B

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 C

MODELO DE SOLICITUD PARA ACCEDER A ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A ATENCIÓN
EXTRAINSTITUCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE
REEMBOLSO

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

Yo, identificado con N° de
CIP..... y N° de DNI....., domiciliado en
.....
actualmente laborando actualmente en con teléfono celular
N°....., correo electrónico.....

autorizo la notificación del resultado de la solicitud al correo consignado, según sea su elección marcar Si () No (), con
Diagnóstico:....., ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que,.....
..... para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Copia del TIN
- Copia del DNI
- Informe médico sustentatorio, con firma y sello del médico tratante
- Presupuesto detallado con costos por el monto aproximado de la atención

Bellavista,

Atentamente,

.....
Firma

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 BÁSICO

ANEXO D

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 celular 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, 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 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, XXXX 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



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD BÁSICO

ANEXO E

ATENCIÓN POR EMERGENCIA Y URGENCIA PRIORIDAD I, II y III

De acuerdo a la Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", aprobada por Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, los diagnósticos que son considerados como Prioridad para la atención de emergencia tipo I, II y III son:

1.- Emergencia Prioridad I:

- 1.1 Paro cardio respiratorio.
- 1.2 Dolor torácico precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 1.3 Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
- 1.4 Shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo).
- 1.5 Aritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 1.6 Hemorragia profusa.
- 1.7 Obstrucción de vía respiratoria alta.
- 1.8 Inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- 1.9 Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- 1.10 Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo-craneano
- 1.11 Status convulsivo.
- 1.12 Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- 1.13 Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- 1.14 Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- 1.15 Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- 1.16 Signos vitales anormales:

ADULTO:

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO:

Lactante:

- Frecuencia Cardíaca <= 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca <= 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria >= a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria >= a 50 x min (desde los 2 meses al año).
- Saturación de oxígeno <= a 85%.

Pre Escolar:

- Frecuencia Cardíaca <= 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca >= 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno <= a 85%.

- 1.17 Suicidio frustrado.
- 1.18 Intento suicida.
- 1.19 Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- 1.20 Problemas específicos en pacientes pediátricos:
 - Intoxicaciones por ingesta o contacto.
 - Períodos de apnea.
 - Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
 - Deshidratación con shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
 - Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
 - Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
 - Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
 - Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
 - Status convulsivo.
 - Status asmático.
 - Hipertermia maligna.
 - Trastornos de sensorio.
 - Politraumatismo.
 - Herida por arma de fuego.
- 1.21 Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

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



2.- Emergencia Prioridad II:

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia. Se considera lo siguiente:

- 2.1 Frecuencia respiratoria de VEINTICUATRO (24) por minuto.
- 2.2 Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- 2.3 Diabetes mellitus descompensada.
- 2.4 Hemoptisis.
- 2.5 Signos y síntomas de abdomen agudo.
- 2.6 Convulsión reciente en paciente consciente.
- 2.7 Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- 2.8 Aritmias sin compromiso hemodinámico.
- 2.9 Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- 2.10 Paciente con trastornos en el sensorio.
- 2.11 Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- 2.12 Descompensación hepática.
- 2.13 Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- 2.14 Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- 2.15 Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- 2.16 Herida cortante que requiere sutura.
- 2.17 Injuria en ojos, perforación, laceración, avulsión. Desprendimiento de retina.
- 2.18 Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- 2.19 Síntomas y signos de cólera.
- 2.20 Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
- 2.21 Hematuria macroscópica.
- 2.22 Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- 2.23 Síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
- 2.24 Pacientes post-operados de cirugía altamente especializada o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- 2.25 Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- 2.26 Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- 2.27 Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- 2.28 Síndrome meníngeo.
- 2.29 Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
- 2.30 Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de SEIS (6) horas.
- 2.31 Retención urinaria.
- 2.32 Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- 2.33 Cuerpos extraños en orificios corporales.
- 2.34 Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- 2.35 Pacientes con ideación suicida.
- 2.36 Pacientes con crisis de ansiedad.
- 2.37 Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- 2.38 Cuadro de demencia con conducta psicótica. Esquinces.
- 2.39 Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
- 2.40 Coagulopatía.
- 2.41 Flebitis o tromboflebitis. Herpes Zoster ocular.
- 2.42 Enfermedad eruptiva aguda complicada. Cefalea mayor de DOCE (12) horas.
- 2.43 Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastria.
 - Edema generalizado.
- 2.44 Problemas Específicos en pacientes Pediátricos:
 - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con T° >= que 38° C.
 - Niños menores de 2 años con T° >= que 39° C.
 - Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otorrea.
- 2.45 Cualquier otro caso que a criterio del médico tratante, considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia



3. Urgencia Prioridad III

Paciente que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en Tópico de Emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

- 3.1 Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
- 3.2 Herida que no requiere sutura.
- 3.3 Intoxicación alimentaria.
- 3.4 Trastornos de músculos y ligamentos.
- 3.5 Otitis Media Aguda.
- 3.6 Deshidratación hidroelectrolítica leve.
- 3.7 Osteocondropatía aguda.
- 3.8 Sinusitis aguda.
- 3.9 Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
- 3.10 Urticaria
- 3.11 Fiebre > 39° sin síntomas asociados
- 3.12 Síndrome vertiginoso y trastorno vascular
- 3.13 Celulitis o absceso con fiebre
- 3.14 Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
- 3.15 Lumbalgia aguda
- 3.16 Broncoespasmo leve.
- 3.17 Hipertensión arterial leve no controlada.
- 3.18 Signos y síntomas de depresión.
- 3.19 Crisis de ansiedad o disociativas.
- 3.20 Signos y síntomas de infección urinaria alta.
- 3.21 Pacientes con neurosis de ansiedad.
- 3.22 Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas, pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.