PLAN ESPECÍFICO DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ – IAFAS FOSMAR

CONDICIONES GENERALES

Conste en el presente documento las Condiciones Generales y Particulares del Plan Específico de Salud, que brinda la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, con RUC N° 20555989912, domicilio legal en Av. Venezuela cuadra 34 S/N - Bellavista - Provincia Constitucional del Callao, debidamente representado por su Director Ejecutivo (Representante Legal) C. de N. ADM. COELLO Wong Jorge Luis, identificado con DNI N° 43381469, según Resolución de la Comandancia General de la Marina N° 0032-26 COMGEMAR, con registro en SUSALUD N° 10007, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**; y, de otra parte, **EL BENEFICIARIO**, cuyos datos están descritos en el Anexo N° 01 del presente Plan, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

En virtud del presente Plan Específico**, LA IAFAS** otorga a **EL BENEFICIARIO**, la cobertura obligatoria correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) vigente y sus modificatorias. Adicionalmente cobertura las prestaciones ligadas a las normas Técnicas de Salud – NTS, emitidas por el Ministerio de Salud; a las Guías de Práctica Clínica aprobadas y, al petitorio farmacológico vigente aprobado por las UGIPRESS o IPRESS preferentes a través de sus Comités Farmacológicos, sobre la base del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a las condiciones señaladas en el presente plan.

LA IAFAS recibirá del Estado como empleador, el aporte mensual equivalente al 6% (o porcentaje vigente), de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda, del **BENEFICIARIO TITULAR.**

Además de manera independiente cada **BENEFICIARIO TITULAR**, puede contratar para sí mismo y sus **BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES**, coberturas complementarias a la cobertura que comprenda las atenciones de contingencias no incluidas en el Plan Específico, sea con **LA IAFAS** o con otra "IAFAS" autorizada para tal efecto por SUSALUD.

CLÁUSULA SEGUNDA. - CONTENIDO

El Plan de Salud Específico que se describe consta de las siguientes partes:

1. **Condiciones Generales:** Corresponden a las cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, las mismas que establecen las condiciones mínimas que rigen para el Plan Específico de Salud de conformidad con la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal y su reglamento.

2. **Condiciones Particulares**: Son aquellas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS convenidas o contratadas, copagos y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA TERCERA. - DEFINICIONES

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

1. Afiliación: Adscripción de un beneficiario de la IAFAS de la Marina de guerra del Perú a un plan de aseguramiento en salud.

2. Afiliación obligatoria: Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.

3. Asegurado o afiliado: Todo beneficiario que cuente con cobertura de alguno de los planes de salud ofertados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

4. Aporte facultativo: Es la retribución abonada por el afiliado como contraprestación, por el plan de salud contratado.

5. Aporte Obligatorio del Estado: Son los recursos provenientes del aporte obligatorio del Estado establecidas en la Novena Disposición Complementaria Final del Decreto legislativo N° 1132, Decreto Legislativo que aprueba la nueva estructura de ingresos aplicable al personal militar de las Fuerzas Armadas y Policial de la Policía Nacional del Perú, para el aseguramiento en salud del personal Militar de las Fuerzas Armadas en situación de actividad, disponibilidad y retiro, así como a los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas.

6. Atención Integral de Salud: Comprende las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de las IAFAS de las Fuerzas Armadas a través de las IPRESS públicas, privadas o mixtas. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud mediante la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de los programas de atención médica considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, de acuerdo a las condiciones establecidas en los respectivos planes de salud.

7. Auditoría médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

8. Auditoría en Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

9. Auditoría de Gestión Clínica: Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros

10. Beneficiarios: Son las personas identificadas en los siguientes grupos: 1. Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas quienes son beneficiarios en forma personal e intransferible. 2. Derechohabientes y familiares inscritos en la base de datos de cada Institución Armada, de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente reglamento.
3.Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión.

11. Beneficiarios Titulares: Son beneficiarios titulares del financiamiento de las prestaciones de salud de las IAFAS de las Fuerzas Armadas, en condición de **titular**, definido como personal militar beneficiario; así como los cadetes y alumnos de los Centros de formación de las Fuerzas Armadas.

12. Cobertura: Protección ante el riesgo de pérdidas específicos por problemas de salud, extendida bajo los términos del contrato de aseguramiento.

13. Copago: Porcentaje del costo de una prestación de salud contemplada en la cobertura del plan de salud contratado, que es asumido por el afiliado.

14. Derechohabiente: Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

15. Emergencia médica y/o quirúrgica: 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.

16. Exclusiones: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

17. Nota Técnica: Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.

18. Preexistencia: Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.

19. Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud: Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

20. Prima o aporte puro de riesgo: Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.

21. Reembolso: Las IAFAS de las Fuerzas Armadas pueden reembolsar los gastos efectuados por prestaciones de salud en IPRESS extra institucionales, cuando sus beneficiarios hayan recibido atención médica por un caso comprobado de emergencia, de conformidad a la normativa vigente. Las IAFAS no efectúan reembolsos por prestaciones de salud brindadas en el extranjero. Dentro del territorio nacional, las IAFAS de las Fuerzas Armadas pueden reembolsar los gastos por prestaciones de salud, efectuados por el personal militar beneficiario o derechohabiente, de acuerdo a las disposiciones de reembolso que establezca cada IAFAS de las Fuerzas Armadas.

22. Registro de Afiliados: Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.

CLÁUSULA CUARTA. – COBERTURA Y CONDICIONES

LA IAFAS otorga a **LOS BENEFICIARIOS** la cobertura consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación, comprendidas en el presente PLAN DE SALUD, según se indica en la sección denominada "Condiciones Particulares" que es parte integrante del Plan de Salud Específico.

La cobertura detallada en el Plan Específico de Salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú adjunto, está contenida en las Condiciones Particulares.

Las prestaciones de salud que forman parte de la cobertura del Plan de salud especifico incluyen coberturas del PEAS, las mismas que no podrán ser excluidas de la cobertura. Asimismo, todas estas prestaciones incluidas en el PEAS se otorgan sin límite en cuanto se cumpla con normativa vigente.

CLÁUSULA QUINTA. - PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor de **LOS BENEFICIARIOS**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el PEAS y adicionales ya mencionadas en la cláusula primera de este documento.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias que afecten a **EL BENEFICIARIO**, e incluyen rehabilitación, bajo la condición descrita en párrafo anterior.

Para la cobertura de las prestaciones mencionadas, debe considerarse las **EXCLUSIONES** que se detallarán más adelante.

CLÁUSULA SEXTA. - PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan las prestaciones de prevención y promoción de la salud de acuerdo a las condiciones asegurables del PEAS y adicionales ya descritos en la cláusula primera, estas prestaciones tienen por objeto preservar el buen estado de salud del **BENEFICIARIO**, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

a) Prevención Primaria: Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

b) Prevención secundaria: Consiste en la detección temprana de una enfermedad que ya ha iniciado, pero aún no presenta síntomas evidentes, con el objetivo de diagnosticar y tratar a tiempo para evitar su progresión y complicaciones.

Incluye principalmente pruebas de tamizaje y controles médicos periódicos, como exámenes de laboratorio, chequeos de presión arterial o estudios como el Papanicolaou o la mamografía de acuerdo a Normas técnicas de Salud del MINSA.

c) Promoción de la Salud: Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

El presente Plan de Salud otorga, obligatoriamente las prestaciones de salud preventivas y promocionales contenidas en el PEAS detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares, derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

d) Prestaciones de maternidad: Consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante, control prenatal y la atención del parto, extendiéndose al periodo de puerperio. El periodo de puerperio será aplicado a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un periodo de hasta 30 días después del parto, siempre que Plan de Salud específico del Beneficiario titular se encuentre vigente.

CLÁUSULA SÉPTIMA. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Las prestaciones de salud no cubiertas por el Plan de Salud Específico 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, Normas Técnica de Salud o Guías de Práctica Clínica, en cuyo caso se aplica la cobertura según lo dispuesto en estos documentos mencionados.

1. Todas las prestaciones en IPRESS, 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 de 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 y Titulados.
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 complicaciones de estas, 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, productos de higiene bucal, ortodoncia, obturaciones con oro, prótesis dentales fijas y móviles, férulas, problemas en la articulación temporomandibular, prognatismo o retrognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneomandibular, implantes dentales salvo intervenciones quirúrgicas por accidentes (no de tránsito) debidamente demostradas.
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); manifestados en cualquier etapa de la vida, a excepción de las condiciones indicadas en el Plan de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente.
10. Estudios, pruebas y/o screening genéticos (intra o extrauterinos) y tratamientos genéticos. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares 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 o 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 esta 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 especificas indicadas por junta medica con la debida justificación basada en guías de práctica clínica aprobadas.

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 (PRICK TEST), IG E, triptasa, histamina, factores y enzimas reguladores del complemento, inmunoprecipitinas, inmunomoduladores, inmunoglobinas, oligonucleótidos y otros.

19. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y formula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto las suministradas durante hospitalización en estado consuntivo, post-operado en áreas criticas 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 Pública.

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), estimulante del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado la enfermedad objeto de cobertura.

22. Tratamiento con toxina botulínica. Excepto en casos de: Distonía cervical, espasmo, estrabismo, blefaroespasmo 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 medicamente 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 Beneficiario TITULAR y sus beneficiarios 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. morfológicas y/o genéticas, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional, e indicada por junta médica.

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 vigente.

34. Gastos que sean responsabilidad y/o estén bajo coberturas de otras fuentes de financiamiento o 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 del 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, que consideren las condiciones asegurables de la persona sana descritas en el 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 consideradas en el PEAS vigente.

39. Audífonos, implante coclear, cristales, lentes de contacto, métodos correctivos intraoculares, prótesis para afaquia y ayudas para visión baja. Excepciones: 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 dermatocosméticos, bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos (foto protectores), humectantes, exfoliantes, antiage, despigmentantes, cremas neutras, jabones, shampúes 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.

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. - DE LOS BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA

La IAFAS otorga cobertura al **BENEFICIARIO**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación, comprendidas en el presente Plan.

Se podrán afiliar al presente Plan de Salud Específico, aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos:

A.- Condición de Beneficiarios Titulares

Corresponde a los siguientes:

1. El Personal de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Actividad.

2. El Personal de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Retiro con goce de pensión.

3. El Personal de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Disponibilidad con pensión y se capte el aporte del Estado. Al personal militar en situación de disponibilidad sin pensión se suspende sus beneficios hasta el cambio de situación militar.

4. El Personal de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Retiro con goce de pensión no renovable y de quien se capte el aporte del Estado. Su atención es con copagos y deducibles establecidos.

5. Cadetes y alumnos de los Centros de Formación de la Marina de Guerra del Perú, que reciban el aporte del estado según el Decreto Legislativo 1132, en tanto

mantengan dicha condición, la cobertura es personal e intransferible, y no se extiende a sus familiares.

Las IAFAS financian las prestaciones de salud proporcionadas en el territorio nacional.

En todos los casos, para ser beneficiario del financiamiento de las prestaciones de salud por la IAFAS, es imprescindible que del personal militar se capte el aporte del Estado (FOSPEMFA).

Para aquel personal militar que, por razones laborales o judiciales, el Estado suspenda temporalmente sus aportaciones, puede de manera facultativa abonar el importe equivalente al aporte del Estado de manera mensual, para mantener su condición de beneficiario.

Los beneficiarios antes mencionados tienen cobertura de planes específicos y deben estar afiliados a las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para recibir prestaciones de salud, de acuerdo con los documentos institucionales de esta IAFAS.

B.- Condición de Beneficiarios Derechohabientes

Se denomina derechohabiente al familiar del personal militar beneficiario e inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú. La inscripción la puede realizar también directamente el derechohabiente, tutor, curador o apoyo designado, ante el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú.

Son comprendidos como derechohabientes:

1. El cónyuge o concubino reconocido de acuerdo con la normativa aplicable, previamente inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú.

2. El hijo menor de edad o al mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, para lo cual se **reconoce la validez de los certificados emitidos por todas aquellas instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud (Centro Médico Naval" CMST", hospitales del Ministerio de Salud u otras IPRESS autorizadas para tal fin),** siendo para ello necesario que se aprueben los formatos correspondientes.

3. Mantiene la condición de derechohabiente, los **hijos mayores de edad hasta cumplir los 28 años** con las siguientes condiciones: *ser solteros; sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.*

C.- Vigencia de la condición de beneficiario del personal militar fallecido

Mantiene la condición de beneficiario del personal militar fallecido, los inscritos que mantengan su registro de" afiliado" a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú en el plan específico de salud y que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Los Cónyuges supérstites del Personal Militar de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar que cuenten con pensión de sobreviviente y se mantenga inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú, hasta contraer nuevamente nupcias.

2. Concubinos supérstites del Personal Militar de Oficiales, Técnico Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar que cuenten con reconocimiento de acuerdo con el marco

normativo vigente, con pensión de sobreviviente y se mantenga inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú hasta contraer nupcias.

3. El hijo que cuente con pensión de orfandad y le corresponda el aporte del Estado por concepto de salud.

4. El hijo menor de edad o al mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, para lo cual se **reconoce la validez de los certificados emitidos por todas aquellas instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud (Centro Médico Naval" CMST", hospitales del Ministerio de Salud u otras IPRESS autorizadas para tal fin),** siendo para ello necesario que se aprueben los formatos correspondientes.

5. Los beneficiarios de pensión de sobrevivientes ascendientes, viudez y orfandad del Personal Militar fallecido y que le corresponda el aporte del Estado por concepto de salud.

CLÁUSULA NOVENA. - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente Plan, se otorgan en las IPRESS del sistema de salud naval. La **IAFAS** publicará a disposición de **EL BENEFICIARIO** a través de su página web, las IPRESS, mostrando la dirección de éstas, considerando el principio de progresión de la menor a la mayor capacidad resolutiva que tiene por finalidad la continuidad de la atención de las necesidades de salud de nuestros **BENEFICIARIOS**.

Solo cuando las IPRESS preferente no tengan capacidad resolutiva, los beneficiarios pueden acudir a las IPRESS extrainstitucionales, de acuerdo con los mecanismos que establezca la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

Con la finalidad que las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú pueda financiar prestaciones de salud eficientes, oportunas y de calidad, puede celebrar convenios con IPRESS de la Marina de Guerra del Perú y convenios o contratos con IPRESS extrainstitucionales públicas, privadas o mixtas, de conformidad con el marco normativo vigente.

Toda atención de salud en IPRESS extrainstitucionales, tiene que ser previamente requerida por una IPRESS de la institución y autorizada por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

En caso no existan IPRESS institucionales en la zona geográfica donde se encuentre el afiliado, la IAFAS puede referenciar directamente a las IPRESS públicas o privadas.

Las prestaciones de salud en una IPRESS privada, pública o mixta extrainstitucional, se brindan de acuerdo a las coberturas, copagos y deducibles establecidos en el presente Plan de Salud.

Las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú no cubre atenciones de salud en el extranjero.

CLÁUSULA DÉCIMA. -APORTES

El aporte por el otorgamiento de la cobertura del Plan Específico de Salud corresponde al Estado, en calidad de empleador, contribuye al Fondo de Salud para el financiamiento de las prestaciones de salud del personal Militar de la Marina de Guerra

del Perú en situación de actividad, disponibilidad y retiro, así como a los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación, que es el equivalente al seis por ciento 6% (o porcentaje vigente) de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda. De acuerdo con lo establecido en el DL 1173, DS 007-2025-DE y en referencia a los aportes en salud del DL N° 1132.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. - DE LAS CAUSALES DE SUSPENSIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Las causales que suspenden la condición de beneficiario de las prestaciones de salud, financiadas por las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, son las siguientes:

1. Que no se cumplan con abonar durante el plazo de un (01) mes los aportes facultativos de acuerdo con lo establecido en el presente plan de salud, hasta que regularice el pago total del monto adeudado, se aplica solo para los casos de personal militar que, por razones laborales o judiciales, el Estado suspenda temporalmente sus aportaciones y puede de manera facultativa abonar el importe equivalente al aporte del Estado de manera mensual, para mantener su condición de beneficiario.
2. Cuando por alguna condición generada por el personal militar beneficiario, se le suspende el aporte del Estado.

Respecto al aporte del Estado, la Marina de Guerra del Perú gestiona ante el Ministerio de Defensa el reintegro o devengado del aporte que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú dejó de percibir durante el proceso administrativo del cambio de condición y/o situación titular.

El aporte del Estado se suspende en los siguientes supuestos:

a. Por pase a la situación militar de retiro y/o disponibilidad sin pensión y/o licencia sin goce de remuneración.
b. Por fallecimiento de titular.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. -COPAGOS

Las prestaciones materia del presente PLAN están sujetas a copagos a cargo de **EL BENEFICIARIO,** de acuerdo con el cuadro de cobertura de beneficios para el personal titular y derechohabiente que se muestra en las condiciones particulares.

No están sujetas a copagos las atenciones médicas de emergencia de prioridad I y II y hasta que el paciente pase a situación clínica estable y se dé el alta de la UPSS de emergencia.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. - REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

Los reajustes o el incremento del aporte del estado como empleador y de los copagos por parte del **BENEFICIARIOS**, están sujetos a evaluación cada dos años mediante estudio o cálculo actuarial, y con aprobación de la Junta de administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- INFORMACION

La **IAFAS** debe poner a disposición de **EL BENEFICIARIO**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud Específico mencionando sus Condiciones Generales y Condiciones Particulares, a fin de que **EL BENEFICIARIO** tome conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La **IAFAS** tiene la obligación de informar a **EL BENEFICIARIO**, a la suscripción de su afiliación, a través de los medios que esta disponga, de los derechos que como beneficiario le asiste 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", aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al Plan Específico de Salud.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. – PLAZO DE VIGENCIA

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente Plan de Salud rige a partir del día siguiente de su suscripción. La vigencia del presente es de UN (01) año fiscal, y de no mediar modificaciones por actualización del marco regulatorio o derivados de este, quedara automáticamente renovado por el mismo plazo. En caso **EL BENEFICIARIO** cambiara de situación militar antes del vencimiento de la vigencia, la IAFAS efectuará el cambio del Plan de Salud que corresponda, de acuerdo con la cobertura financiera y copago que se detallan en las cláusulas particulares.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. -DOMICILIO

Las partes señalan al momento del registro en el anexo N° 01 el domicilio, el correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este Plan Específico de Salud, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

En caso de que **EL BENEFICIARIO** 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 o correo electrónico registrado, considerándose recibida por **EL BENEFICIARIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. -SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **IAFAS y LOS BENEFICIARIOS**, derivadas del presente Plan Específico de Salud, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados para este fin.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. -RESOLUCION DEL VINCULO (Causales que extinguen el derecho de financiamiento de las prestaciones de Salud de los beneficiarios)

Las causales que extinguen la condición de beneficiario de las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú son las siguientes:

1. Los hijos mayores de 18 años y menores de 28 años que no acrediten seguir estudios en centros de educación superior o que estén ejerciendo actividad económica.
2. La viuda del titular por contraer matrimonio civil.
3. Que no se cumplan con abonar los aportes facultativos hasta tres (03) meses en los planes de salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, se aplica solo para los casos de personal militar que, por razones laborales o judiciales, el Estado suspenda temporalmente sus aportaciones y puede de manera facultativa abonar el importe equivalente al aporte del Estado de manera mensual, para mantener su condición de beneficiario.
4. Los divorciados, acreditándose con la presentación de la documentación expedida por la autoridad competente.
5. El Titular que es pasado a la situación de retiro por medida disciplinaria o sentencia judicial, siendo extensivo a sus derechohabientes y familiares inscritos, siempre y cuando no goce de pensión.
6. El pase a la situación militar de retiro del titular sin derecho a pensión. La extinción del derecho alcanza a sus derechohabientes y familiares inscritos.
7. El titular cuya asimilación es cancelada conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Situación Militar y normatividad vigente aplicable, así como sus derechohabientes y familiares inscritos.
8. Los familiares inscritos por el titular afiliado a los planes de salud que no hayan cumplido con abonar los aportes facultativos de acuerdo a lo establecido en los planes de salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

CONDICIONES PARTICULARES:

1. DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN DE SALUD.

La cobertura de Plan Específico de Salud será de acuerdo con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS vigente y sus modificatorias. Adicionalmente se cobertura las prestaciones ligadas a las normas técnicas de salud emitidas por el Ministerio de Salud y a las Guías de Práctica Clínica aprobadas. Información relacionada se encuentra en el siguiente link https://www.iafasfosmar.pe/planes/plan-basico/.

Ante la eventualidad de situaciones de emergencias sanitarias por disposiciones del MINSA, se extenderá la cobertura de salud a favor de los **BENEFICIARIOS** y será de acuerdo con su condición asegurable.

1.1.- La cobertura de salud referida a medicamentos será considerada 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 de Guerra del Perú vigente y aprobado según marco regulatorio.

Los medicamentos no contemplados en PNUME, 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 Plan de Salud Específico de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, debiendo contar posteriormente con resolución de la máxima autoridad (Junta de Administración IAFAS), promovida por el Director de la IAFAS. Esta autorización para la utilización se realiza de forma excepcional y tiene una vigencia de 01 año, en cumplimiento del marco normativo vigente.

1.2.- La cobertura de salud referida a atenciones de emergencia que ponen en grave riesgo la vida y salud del **BENEFICIARIO**, serán cubiertas al 100% 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 y según la Norma Técnica N°042-MINSA/DGSP-V.01). Dicha cobertura estará sujeta a evaluación y/o aprobación por Auditoria Medica de la IAFAS. Estas atenciones deben realizarse en IPRESS debidamente registradas en SUSALUD.

Durante la atención o posterior **El BENEFICIARIO,** debe realizar los siguientes procedimientos:

a. Solicitar a la IPRESS remitir el correo de comunicación a:

- prestaciones.salud@iafasfosmar.pe
- cartasdegarantia@iafasfosmar.pe

A fin de contar la cobertura financiera por la IAFAS, debiendo cumplirse dentro de las primeras 72 horas del siniestro.

b. En el caso de solicitar reembolso, deberá hacerlo de acuerdo con los procedimientos establecidos en las condiciones particulares.

1.3.- Se brindará cobertura de salud a los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas en **EL BENEFICIARIO** sólo en los casos que cuente con un diagnóstico de salud mental confirmado y documentada con historia clínica y/o informe médico por especialista en psiquiatría o centro autorizado.

Las prestaciones de salud que cuentan con la cobertura en el presente Plan, en forma general son las siguientes:

PRESTACIONES	**DESCRIPCION**	**OBSERVACION**
Atención ambulatoria	Es la atención de salud en la cual un paciente 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 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 beneficiario, este deberá asumir copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplicación de las exclusiones generales del Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Hospitalización	Proceso por el cual el beneficiario es ingresado a un establecimiento de salud para brindarle cuidados en la modalidad del internamiento, realizándose atenciones, procedimientos médico-quirúrgico, 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 beneficiario, este deberá asumir el copago y/o los gastos no cubiertos por el plan. Aplican las exclusiones generales de Plan que se detallan en la **Cláusula Séptima.**
Procedimiento médico-quirúrgico	Prestación de salud de una o más especialidades y/o subespecialidades quirúrgicas que se brinda a un paciente en	De acuerdo con la condición del beneficiario, este deberá asumir el copago y/o los gastos no

ambulatorio	una sala de operaciones cuya recuperación y permanencia post operatoria debe 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.	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 encargado de la atención bajo responsabilidad.	La pertinencia de atenciones como prioridad I y II están sujetas al procedimiento de auditoria 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 beneficiario, 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	Prestaciones de salud brindada a la gestante, desde la concepción hasta el nacimiento, incluye control post natal hasta los primeros 30 días posteriores al nacimiento.	Su 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 medica basada en evidencias, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnostico de los problemas clínicos. Incluye exámenes de	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 beneficiario, este deberá asumir

	laboratorio clínico, imágenes, anatomía patológica, u otros.	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 beneficiario, este deberá sumir 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 Medica, considerando el grado de recomendación fuerte con evidencia con alta calidad o de recomendación fuerte con evidencia de moderada calidad, según la escala GRADE (grado 1A y 1B) vigente.	Se puede realizar solo en las IPRESS con las cuales se tiene convenio o contrato vigente dentro del territorio nacional. Su uso según diagnostico 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 beneficiario, 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 Medicas	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 Peru no tenga la	De acuerdo con la condición del beneficiario, 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.**

	capacidad resolutiva y no exista convenio o contrato de reciprocidad, se financiará la participación de especialistas extrainstitucionales.	
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 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.	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 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 beneficiario, 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 transporte en compañía de un profesional de la salud de un paciente adulto, pediátrico o neonatal, que por su condición patología requiere ser evaluado o tratando 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.	Solo 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 inminente 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 medico encargado de la atención en la IPRESS de origen, bajo responsabilidad. La IPRESS de origen, bajo responsabilidad. La

		IPRESS de origen no debe contar con capacidad resolutiva para brindar la atención requerida por el beneficiario. No aplica en altas voluntarias del paciente del paciente para traslado a otras IPRESS. De acuerdo con la condición del beneficiario, 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 con 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 20555989912 - El reembolso podrá solicitarse solo una vez durante la vigencia de tu póliza. - Sujeto a evaluación de Auditoria medica de IAFAS.

2.- DETALLES DEL PLAN DE SALUD ESPECÍFICO:

2.1- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN IPRESS INSTITUCIONAL

- Para acceder a la prestación de salud del Personal Militar y SUS derechohabientes en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, serán los únicos requisitos indispensables la presentación de su Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta de Identidad Naval (TIN) y/o Tarjeta de Identidad Familiar (TIF), que se encuentren debidamente registrados en la Base de Datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.

- En el caso de hijos mayores de edad deberán validar su identidad como **BENEFICIARIOS** de la IAFAS FOSMAR, acreditando su Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente.

- Los copagos que deban cancelar los titulares producto de la cobertura del presente Plan de Salud, son de responsabilidad de cada una de las IPRESS, y la condición de contado o crédito para los mismos corresponde sean normados por la Marina de Guerra del Perú. Asimismo, los servicios tercerizados por las IPRESS deberán tener el mismo tratamiento que los servicios que brinda la IPRESS Institucional.

- Para la prestación de salud de los recién nacidos, ésta se hará considerando los derechos que le corresponde como derechohabiente inscrito hasta los primeros 28 días de vida, teniendo este plazo el titular para efectuar los trámites de registro ante la Dirección de Administración de Personal de la Marina. Durante este lapso de tiempo, la deuda será cargada al titular con la misma cobertura que le correspondería como derechohabiente. Aplican solo las condiciones asegurables consideradas en el plan de Beneficios del PEAS.

2.2.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EXTRAINSTITUCIONAL

- Para acceder a la prestación de salud, el Personal Militar y sus derechohabientes deberán agotar todos los recursos existentes dentro del Sistema de Salud Naval, considerando el principio de progresión de la menor a la mayor capacidad resolutiva que tiene por finalidad la continuidad de la atención de las necesidades de salud de nuestros afiliados.

- La IPRESS de la Marina de Guerra del Perú solicitará los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos de atenciones extrainstitucionales, solo en caso de limitaciones de especialistas, equipamiento médico y reactivos, dando cumplimiento a los plazos establecidos según clasificación de prioridad de atención en salud según la Norma Técnica N°042-MINSA/DGSP-V.01.

- La IPRESS de la Marina de Guerra del Perú de mayor complejidad de acuerdo con su ubicación geográfica, gestionará ante la IAFAS FOSMAR la carta de garantía, considerando la prioridad en la atención de salud, adjuntando el formato de requerimiento de atención extrainstitucional (FRAE) del Anexo N° 6 de la presente Plan, el cual deberá ser llenado y debidamente sustentado por

el médico tratante, debiendo en adición incluir fotocopia de TIN, TIF, DNI del titular y usuario.

- Las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú de menor complejidad coordinarán y verificarán ante la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú de mayor complejidad, la disponibilidad de los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos requeridos; de agotar todos los medios se procederán a gestionar el Formato de Requerimiento de Atención Extrainstitucional (FRAE).

- De acuerdo con el requerimiento de la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, se procede a la elaboración de la carta de garantía, evaluando la necesidad y la complejidad de la prestación de salud de acuerdo a la disponibilidad de atención en las redes de las IPRESS extrainstitucionales que puedan brindar el servicio, solo en los casos de emergencia médica de prioridad I y II se procederá a emitir las cartas de garantía por un importe base inicial el cual podrá ser ampliado de acuerdo al requerimiento de la IPRESS extrainstitucional.

- Autorizada la carta de garantía, ésta será entregada al usuario de forma digital o física, quien asistirá a la IPRESS extrainstitucional para la prestación de salud según disponibilidad del servicio, debiendo presentar dicha carta únicamente a la IPRESS autorizada, la orden médica y el formato de acta de conformidad, dentro del periodo de vigencia de la carta. La gestión de la cita ante la IPRESS extrainstitucional lo realiza el paciente y es su responsabilidad conseguir su atención.

- En el caso que el afiliado se encuentre hospitalizado y no cuente con familiar responsable, una vez autorizada la carta de garantía, el equipo de salud de la IPRESS velará por la continuidad de su atención según requiera para mejorar su estado de salud, incluyendo la gestión de la cita de atención en las IPRESS extrainstitucionales de ser el caso.

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

2.3.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION POR EMERGENCIA

- Se define como emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o 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 según la Norma Técnica N°042-MINSA/DGSP-V.01.

- Para acceder a la atención de estas emergencias prioridad I y II en una IPRESS Institucional u otro establecimiento más cercano según su emergencia lo requiera, deberá identificarse con su Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta de Identidad Naval (TIN) o Tarjeta de Identificación Familiar (TIF), debidamente registrados en la Base de Datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.

- En caso de ingresar a una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, recibirá la atención según su complejidad. De requerir una IPRESS de mayor capacidad resolutiva la IPRESS deberá coordinar la referencia correspondiente.
- En caso de ingresar a una IPRESS Extrainstitucional con convenio 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 y partos. En estos casos, deberá notificar a la Sanidad Naval más cercana, quienes deberán comunicar a la IAFAS FOSMAR para la emisión de la carta garantía de manera inmediata o en un plazo no mayor a las SETENTA Y DOS (72) horas posteriores al ingreso del paciente.

- En caso de exceder el monto autorizado inicial deberá solicitar ampliación de carta de garantía por vía email a los correos prestaciones.salud@iafasfosmar.pe y cartasdegarantia@iafasfosmar.pe.

- En el caso de ser una IPRESS extrainstitucional sin convenio y esta no acepte atender la emergencia, a pesar de ser de prioridad I y II, **EL BENEFICIARIO** podrá aplicar a la modalidad por reembolso.

2.4.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS:

- La IAFAS FOSMAR es una Institución que tiene como finalidad brindar cobertura médica y farmacológica al Personal Militar y a sus derechohabientes que se encuentren afiliados al Plan de Salud Básico, y consciente de su responsabilidad se compromete a promover, proteger y defender los derechos de las personas en su acceso a los servicios de salud, prestaciones o coberturas ofrecidas en el Plan de Salud Básico y demás planes complementarios.

- La Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) es el espacio donde se desarrolla el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante la Institución. Tiene como función atender y gestionar las consultas y reclamos presentados por los usuarios, orientada a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, y difundir los derechos y deberes de los usuarios.

- Para tal efecto se establecen las siguientes instrucciones a seguir en caso de reclamos y denuncias, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2019-SA de fecha 30 de enero del 2019.

- El afiliado será atendido por el encargado de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS), quien recibe de forma presencial del afiliado el reclamo; escucha el reclamo del afiliado y llena los datos, requeridos para registrar un reclamo. El afiliado también puede registrar su reclamo a través del Libro de Reclamaciones Virtual en Salud, el cual se encuentra publicado en la página web. www.iafasfosmar.pe.

- El encargado de la PAUS se encargará de resolver el reclamo del afiliado y buscará la manera de aclarar la duda, brindándole la solución a su inconveniente.
- Si el afiliado está conforme con la solución brindada por el encargado de la PAUS, se cerrará el reclamo mediante el "Trato directo", debiéndose detallar la solución del reclamo en el formato de la hoja de reclamación en salud, debiendo firmar el reclamante y el responsable del Libro de Reclamaciones en Salud, dejando constancia de lo resuelto.
- Si el afiliado no está conforme con lo indicado por el encargado de la PAUS, registrará su reclamo en el Libro de Reclamaciones en Salud. Luego se procederá a entregar al reclamante la Hoja de Reclamaciones en Salud original.
- El encargado de la PAUS, brindará la información al reclamante sobre los datos necesarios a llenar en el Libro de Reclamaciones en Salud para registrar su reclamo, debiendo llenarse en el ítem "Identificación del usuario o tercero legítimo" los siguientes datos:
    - Fecha
    - Nombre o razón social
    - Domicilio
    - Email
    - Teléfono
    - Documento de identidad
    - Numero de documento
    - Detalle del reclamo
    - Autorizo notificación del resultado del reclamo al e-mail consignado
    - Firma del reclamante (usuario, representante o tercero legítimo)

- El encargado de la PAUS, una vez alertado del ingreso del reclamo, deberá evaluar, priorizar y gestionar la atención del reclamo con cada una de las áreas involucradas.
- El encargado de la Plataforma de atención al asegurado - PAUS, registrará en el Sistema SETI-RECLAMOS en la misma fecha de ingresado el reclamo en el Libro de Reclamaciones en Salud, según lo normado en la Resolución de Superintendencia Nº 030-2020-SUSALUD/S de fecha 4 de setiembre del 2020.
- El plazo de atención de un reclamo es de no más de 30 días hábiles desde su recepción. En caso de disconformidad con el resultado del reclamo o la negativa de atención, el afiliado puede acudir ante SUSALUD.
- El encargado de la PAUS remitirá a SUSALUD a través del aplicativo informático SETI-RECLAMOS para el monitoreo de los reclamos registrados en los Libros de Reclamaciones en Salud físico y virtual los primeros DIEZ (10) días de cada mes.

2.5.- PROCEDIMENTOS PARA LA ATENCION DE REEMBOLSOS

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

1.- SITUACIONES APLICABLES PARA REEMBOLSOS:

En las siguientes situaciones es aplicable el reembolso previa evaluación:

a. Cuando el **BENEFICIARIO** requiera de una atención de emergencia calificada como prioridad I y II (atención médica inmediata) debido a que se pone en riesgo inminente la vida, y no contando en su área geográfica con una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú cercana al lugar del siniestro. Solo en este caso no se requiere autorización previa por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

   Otras situaciones que requieren autorización previa a la atención:

   Previo a la solicitud de reembolso, el **BENEFICIARIO** deberá solicitar la autorización para acceder a una atención extrainstitucional bajo esta modalidad, mediante la presentación del formato (**Anexo N°03)**, a través del correo difosmar.secretaria@iafasfosmar.pe,

b. Cuando el **BENEFICIARIO** 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.

c. Cuando el **BENEFICIARIO** requiera una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutiva, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao.

d. Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

2.- PLAZO Y REQUISITOS PARA SOLICITAR UN REEMBOLSO:

Después de realizada la atención, tiene como máximo SESENTA (60) días calendarios, desde la fecha de emisión de la factura para presentar el expediente que deberá incluir los documentos que sustenten el gasto efectuado de acuerdo con las siguientes consideraciones:

a. Solicitud de devolución por gastos efectuados del **Anexo N° 02**, debidamente suscrita por el **BENEFICIARIO TITULAR**, adjuntando copia de su DNI, TIN o TIF de ser el caso y un voucher con su código de cuenta interbancario (CCI).

b. Factura Electrónica a nombre de "IAFAS de la Marina de Guerra del Perú" identificada con N° de RUC: 20555989912.

c. 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 Epicrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detalle de costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.

d. 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.

e. En caso la factura electrónica exceda los SETENCIENTOS CON 00/100 SOLES (S/.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.

f. 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 (S/.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).

g. No se autorizarán reembolsos originados bajo automedicación.

h. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.

i. El Plan de Salud Específico 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.

Los documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.

El trámite de "Autorización de Reembolso" es evaluado por el Departamento de Gestión de Siniestros de la IAFAS, dentro del plazo máximo de 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 QUINCE (15) 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 **BENEFICIARIO** 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 **BENEFICIARIO**, 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.

DETALLE DE LOS BENEFICIARIOS INCLUIDOS LOS DERECHOHABIENTES
Se registrarán de acuerdo al siguiente formato, de Anexo N° 01.

ANEXO N° 01

PLAN DE SALUD ESPECÍFICO
IAFAS FOSMAR
Condiciones Generales y Particulares

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

Registro N°	
Vigencia desde	
Vigencia hasta	

Conste en el presente documento las condiciones generales y particulares del Plan de Salud Específico, 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 **BENEFICIARIO** el cual adquiere los beneficios y responsabilidades detallados en EL PLAN.

1. Datos del EMPLEADOR

Empleador:	**MARINA DE GUERRA DEL PERÚ MINISTERIO DE DEFENSA**	**R.U.C.:**	**20153408191 20131367938**
Dirección:	**Av. La Marina Cuadra 36. S/n – La Perla. / Av. La peruanidad S/N Jesús Maria**		

2. Datos del Beneficiario TITULAR **ACTIVIDAD** ☐ **DISPONIBILIDAD** ☐ **RETIRO** ☐

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

3. Relación de Beneficiarios derechohabientes

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

(*) Se consignará el parentesco que tengan los BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES con relación al BENEFICIARIO TITULAR.

ANEXO N° 02

SOLICITA: DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS

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

Sr. C.DE.N. ADM.

Yo, ……, identificado con N° de CIP…….. y N° de DNI……., domiciliado en ……..…… …….. teléfono N° …….., 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 (S/. ……), 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
- **Solo en caso** que el monto de la factura supere los S/700,00, según lo establecido por la SUNAT, el servicio está sujeto a detracción, por lo tanto, deberá adjuntar una constancia de depósito de detracción y una constancia del medio de pago.
- 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 caso de contar con una Autorización de IAFAS FOSMAR adjuntar copia del documento Autorizado y/o MN.

Bellavista,

Atentamente,

_____
Atendido por

……..
Firma

ANEXO N° 03

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

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 ……..……., 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

ANEXO N° 4

DGG N° 04-GP-2024
Anexo 4

FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo……,
grado……, instituto Marina de Guerra del Perú identificado con CIP……, y DNI…....., domiciliado en ……, del distrito ..... y provincia de ……., con teléfono fijo……, número de celular ..... y correo electrónico……

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, a efectuar descuentos por el concepto de:
0001 Plan Onconaval, 0002 Plan Segunda Capa y 0003 Atenciones Extrainstitucionales sobre mí pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.
De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5º y 6º del Decreto Supremo Nº 010-2014-EF**.
La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas 0por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad IAFAS de la Marina de Guerra del Perú es el único responsable del monto del descuento enviado y ejecutado por la Caja de Pensiones Militar Policial, sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrase conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad (IAFAS de la Marina de Guerra del Perú).

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° ……., suscrito entre la entidad y el pensionista.

Lima, …… de……..del 202

FIRMA DEL SOLICITANTE

DNI N°

Huella Digital

ANEXO N° 5

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____y con CIP N° _____, actualmente en situación de retiro de: EP (__) FAP(__) MGP(__), perteneciente al régimen: Militar (__) Civil (__) Otros (__) con tipo de pensión: Titular (__) Sobreviviente (__), domiciliado en _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____ teléfono _____y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que serán remitidos y registrados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte[1] ☐ Cuota[2] ☐ Otros[3]

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavín de Huántar	Otros (Indicar)
1	2901	IAFAS FOSMAR – ATENCIONES EXTRAINSTITUCIONALES	S/. _____				

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los _____de ____20

_____
(FIRMA)

Post Firma: _____

D.N.I (CE) : _____

Huella Digital

Nota:

-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.

-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

[1] Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.

[2] Relacionado a una prestación de salud.

[3] Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.

ANEXO N° 6

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		**ACT.**	**DISP.**	**RET.**	**FALLECIDO**		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE		**TIT.**	**ESP.**	**HIJ.**	**PAD.**	**SUEG.**	**DNI.**
HOSPITALIZADO	**SALA**	**CAMA**	**EDAD**		**CÓDIGO ONCONAVAL**		

	PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	**CIE 10**
1		
2		
3		

	EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO	**CPMS**
1		
2		
3		

COBERTURA IAFAS FOSMAR		
TITULAR TARIFA NO REMUNERADA: COBERTURA 100%	FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA 80% COPAGO 20%	AFILIADOS 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.

(*) CORRECTO LLENADO SEGÚN LO ESTABLECE EL OFICIO S1000-623 DE FECHA 23 DE ABRIL DEL 2019.
(*) ADJUNTAR INFORME MEDICO Y/O ORDEN MEDICA.

ANEXO N° 7

CUADRO DE COBERTURA DE BENEFICIOS PARA PERSONAL MILITAR TITULAR Y DERECHOHABIENTES

NOMBRE DEL SUB PLAN	CONDICIÓN DEL TITULAR	SITUACION DEL TITULAR	PERSONAL CON DERECHO - PARENTESCO DE DERECHOHABIENTES	LUGAR DE PRESTACIÓN DE SALUD					
				IPRESS INSTITUCIONALES DE LA UGIPRESS - MGP		IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES PÚBLICAS		IPRESS EXTRAINSTITUCIONALES PRIVADAS	
				COBERTURA (IAFAS FOSMAR)	COPAGO (ASEGURADO)	COBERTURA (IAFAS FOSMAR)	COPAGO (ASEGURADO)	COBERTURA (IAFAS FOSMAR)	COPAGO (ASEGURADO)
PLAN DE SALUD 1 PLAN ESPECÍFICO	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 periodo de instrucción en los Centros de Formación.	1.- **Beneficiario Titular**	100%	0%	100%	0%	100%	0%

PLAN DE SALUD 2 PLAN ESPECÍFICO	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.	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	70%	30%	90%	10%	80%	20%

PLAN DE SALUD 3 PLAN ESPECÍFICO	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) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable y/o en condición de disponibilidad pensionable (con 30 años a más de	1.- **Beneficiario Titular**	100%	0%	100%	0%	100%	0%

PLAN DE SALUD 4 PLAN ESPECÍFICO	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) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	70%	30%	90%	10%	80%	20%

PLAN DE SALUD 5 PLAN ESPECÍFICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro pensionable y/o en condición de disponibilidad con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	1.- **Beneficiario Titular**	90%	10%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 6 PLAN ESPECÍFICO	VIDA	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro pensionable con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	50%	50%	80%	20%	70%	30%

PLAN DE SALUD 7 PLAN ESPECÍFICO	VIDA	- Personal militar pensionable en retiro pensionable y/o en condición de disponibilidad con menos de 25 años de servicio. - Personal militar pensionable en retiro por discapacidad o incapacidad por causas ajenas al servicio.	1.- **Beneficiario Titular**	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 8 PLAN ESPECÍFICO	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.	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	30%	70%	70%	30%	60%	40%

PLAN DE SALUD 9 PLAN ESPECÍFICO	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) en acción de armas. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) en acto del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) a consecuencia del servicio. - Personal militar pensionable en retiro con discapacidad o incapacidad (invalidez) por ocasión del servicio. - Personal militar masculino pensionable (con 30 años a más de	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	70%	30%	90%	10%	80%	20%

PLAN DE SALUD 10 PLAN ESPECÍFICO	FALLECIDO	Derechohabientes de: - Personal militar pensionable en retiro con 25 años y menos de 30 años de servicio (MASCULINOS).	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	50%	50%	80%	20%	70%	30%
PLAN DE SALUD 11 PLAN ESPECÍFICO	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.	**Beneficiarios Derechohabientes:** 1.- Cónyuge/Conviviente 2.- Hijo menor de edad 3.- Hijo mayor de edad con incapacidad 4.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	30%	70%	70%	30%	60%	40%

PLAN DE SALUD 12 PLAN ESPECÍFICO	FALLECIDO	- Herederos de la pensión del Titular fallecido, siempre que esta pensión se encuentre considerada en el aporte mensual del 6% por parte del Estado. - De acuerdo con el beneficio de pensión dispuesto mediante mandato judicial	1.- Hijos solteros mayores de 28 años 2.- Padres	70%	30%	90%	10%	80%	20%
PLAN DE SALUD 13 PLAN ESPECÍFICO	VIDA	- Beneficiarios incluidos por Sentencia del Tribunal Constitucional – APENFFAAPONA.	1.- Beneficiario Titular Beneficiarios Derechohabientes 2.- Cónyuge 3.- Hijo con discapacidad interdicto 4.- Hijo mayor de edad con incapacidad 5.- Hijo mayor de edad, soltero, sin hijos, estudiante y sin ejercer actividad económica, hasta los 28 años.	100%	0%	80%	20%	80%	20%

PLAN DE SALUD 14 PLAN ESPECÍFICO	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.- Beneficiario Titular	100%	0%	100%	0%	100%	0%

- **NOTA:**

- Las atenciones de emergencia (prioridad I y II), son coberturadas al afiliado en un 100% por la IAFAS, sin considerar copago alguno, sujeto a auditoría médica.
- El personal militar en Situación de Disponibilidad con pensión y se capte el aporte del Estado, se considerará de acuerdo a la evaluación de cada caso, según corresponda. Al personal militar en situación de disponibilidad sin pensión se suspende sus beneficios hasta el cambio de situación militar.