

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



MINISTERIO DE DEFENSA
Fuerza Aérea del Perú
COMANDANCIA GENERAL

MANUAL FAP 160-3

Lima,

07 de febrero de 2023

“SANIDAD”

**ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA
FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

2023



RESOLUCIÓN DE LA COMANDANCIA GENERAL DE LA FUERZA AÉREA

Nº 0068 - CGFA

Lima, 07 FEB 2023

VISTO:

El proyecto de **Manual FAP 160-3 "SANIDAD" - ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**, presentado por el Director General de Personal para su reemplazo.

CONSIDERANDO:

Que, actualmente, se cuenta con el Manual FAP 160-3 "SANIDAD" - ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, aprobada con Resolución de la Comandancia General de la Fuerza Aérea Nº 895-CGFA del 26 de julio de 2012 y su modificación Manual FAP 160-3A del 25 de agosto de 2016, cuyo objeto es el establecer las normas y procedimientos a seguir para la administración del Fondo de Salud de la FAP (FOSFAP), con criterios de equidad, racionalidad y transparencia,

Que, al respecto, dichas publicaciones fueron evaluadas en forma integral para ser unificadas, actualizadas y armonizadas en un proyecto de Manual de reemplazo, de acuerdo con lo establecido en la normatividad institucional, en la cual se está variando el tema particular de ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ por: **ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**; así como, su adecuación con las nuevas denominaciones y siglas de las Unidades FAP, en concordancia con lo dispuesto en las normas legales,

Que, cabe resaltar, la inclusión del Decreto Legislativo N° 1173 "Decreto Legislativo de las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas" del 07 de diciembre de 2013, donde se dispone la adecuación de la organización interna y funcionamiento de los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas creados mediante Decreto Supremo N° 245-89-EF, a las de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), otorgándoseles personería jurídica, cuya finalidad es financiar la atención integral de la salud del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes; así como, de los cadetes y alumnos de las Instituciones Armadas,

Que, resulta necesario hacer mención al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) o Plan específico, estableciendo una definición acorde con el Ministerio de Salud: El Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS), consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones dispuestas y aprobadas por el Ministerio de Salud que, como mínimo están incluidas en los Planes Específicos de aseguramiento ofertados por las IAFAS de las Instituciones Armadas. Al respecto, cabe señalar que, conforme lo establece el artículo 28 del Decreto Supremo N° 020-2014-SA "Aprueban el Texto Único ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" del 13 de julio de 2014, los planes de aseguramiento en salud específicos de las Fuerzas Armadas, que posean mejores condiciones que el PEAS se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a dichas Instituciones de acuerdo con la normatividad aplicable para cada caso. En ese sentido, los planes específicos que existían y eran administrados por los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas, se mantienen vigentes, ahora administrados por las IAFAS respectivas, siendo por tanto un derecho del personal militar que venía aportando, recibir la cobertura de dichos planes específicos,

Que, de conformidad con lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2015-DE del 29 de enero de 2015, el Comandante General de la FAP mediante Resolución Comandancia General de la Fuerza Aérea aprueba publicaciones, entre las que se encuentran los Manuales FAP; y,

Que, estando a lo informado por el Director de Racionalización, a lo coordinado con la Dirección General de Personal y a lo recomendado por el Jefe del Estado Mayor General de la FAP;

SE RESUELVE: -

Artículo 1.-Dejar sin efecto el Manual FAP 160-3 "SANIDAD" - ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, aprobado mediante Resolución de la Comandancia General de la Fuerza Aérea N° 895-CFGA del 26 de julio de 2012 y su Modificación el Manual FAP 160-3A del 25 de agosto de 2016.

Artículo 2.-Aprobar en su reemplazo y poner en vigencia a partir de la fecha de su publicación el proyecto de Manual FAP 160-3 "SANIDAD" – ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ.

Artículo 3.-Encargar a la Dirección de Racionalización la difusión del Manual aprobado.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Firmado digitalmente por ARTADI
SALETTI, Alfonso Javier FAP
20144304204.html
Módulo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.02.2023 09:02:30 -05:00

ALFONSO JAVIER ARTADI SALETTI
General del Aire
Comandante General de la FAP

INTRODUCCIÓN

Es política de la Fuerza Aérea del Perú promover las mejores condiciones que permitan al Personal Militar y su entorno familiar, acceder al derecho a recibir atenciones de salud, que de acuerdo con las normas vigentes le corresponda en el ámbito de la protección de su salud; así como, establecer mecanismos que garanticen su atención integral, otorgándoles las facilidades para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud.

El Congreso de la República, por Ley N° 30073 del 09 de agosto de 2013 delegó al poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, y conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29344 del 09 de abril de 2009 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, se emitió el Decreto Legislativo N° 1173 del 07 de diciembre del 2013, Decreto Legislativo que ha permitido a los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas constituirse en Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Es finalidad de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), financiar las atenciones de salud, farmacológicas y oncológicas, de acuerdo a los planes de salud ofertados, en beneficio del personal Oficiales, Técnicos y Suboficiales en situación de actividad, disponibilidad y retiro, así como a sus derechohabientes debidamente inscritos y de los cadetes y alumnos. Ello permitirá tener una adecuada gestión de los recursos económicos que se captan, lo que a su vez repercutirá favorablemente en los derechos de atenciones de salud de los afiliados a nivel nacional. Cabe hacer mención que este nuevo modelo de gestión ha permitido establecer una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a nivel nacional para que todos nuestros afiliados puedan tener atenciones de salud oportunas y de calidad.

En tal sentido, la Fuerza Aérea del Perú ha establecido y dispuesto el cumplimiento de la normatividad mencionada a través del presente Manual, la cual prescribe las normas y procedimientos a seguir para la correcta administración de los recursos de la IAFAS-FOSFAP, garantizando el cumplimiento de su finalidad.

**ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN
SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**

Este Manual reemplaza al Manual FAP 160-3 del 26 de julio de 2012 y su Modificación Manual FAP 160-3 del 25 de agosto de 2016.

ÍNDICE

Párrafo Página

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.- OBJETO	1
2.- ASPECTOS GENERALES.	1
3.- FINALIDAD	1
4.- ALCANCE	2
5.- BASE LEGAL Y NORMATIVA.....	2

CAPÍTULO II

**CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE LA INSTITUCIÓN
ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (IAFAS-FOSFAP)**

1.- CONCEPTO	9
2.- FINALIDAD DE LA IAFAS-FOSFAP.....	9
3.- DEFINICIONES.....	9
4.- CONSIDERACIONES BÁSICAS.....	14
5.- SUPUESTOS FUERA DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PRESENTE MANUAL.....	15

CAPÍTULO III

CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS

- 1.- CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS GENERALES 17
- 2.- CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS ESPECÍFICOS 20

CAPÍTULO IV

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DEL DISEÑO DE PLANES DE SALUD

- 1.- BENEFICIOS POR TIPO DE PLAN DE SALUD 26
- 2.- EXCLUSIONES POR TIPO DE PLAN SALUD 35

CAPÍTULO V

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE SUSCRIPCIÓN Y AFILIACIÓN

- 1.- AFILIACIÓN AL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD 53
- 2.- AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS 54
- 3.- DESAFILIACIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD 56
- 4.- DESAFILIACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS 57
- 5.- INICIO DE COBERTURA DEL PLAN ESPECÍFICO
DE SALUD 58
- 6.- INICIO DE COBERTURA DE LOS PLANES
COMPLEMENTARIOS 59
- 7.- SUSPENSIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD 59
- 8.- SUSPENSIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS 60
- 9.- REACTIVACIÓN AL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD 60
- 10.- REACTIVACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS 60

CAPÍTULO VI

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE LA COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD

- 1.- CONTRATOS Y CONVENIOS61
- 2.- LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD61

CAPÍTULO VII

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE SINIESTROS

- 1.- REEMBOLSOS63

CAPÍTULO VIII

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

- 1.- PROCEDENCIA DE LOS RECURSOS DE LA IAFAS-FOSFAP ..66
- 2.- RECURSOS ECONÓMICOS.....66
- 3.- PRESUPUESTO.....67
- 4.- INVERSIONES Y FIDEICOMISOS67
- 5.- PATRIMONIO68
- 6.- RESERVA TÉCNICA.....68
- 7.- ESTADOS FINANCIEROS.....68
- 8.- ESTUDIOS ECONÓMICOS FINANCIEROS.....69
- 9.- FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD CON IPRESS
HOSPI Y SESAN SEGÚN DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA
TRANSITORIA DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 117369

CAPÍTULO IX

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE ASEGURADOS

- 1.- CONSULTAS, RECLAMOS Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....71

CAPITULO X

RESPONSABILIDADES

- 1.- DE LOS INTEGRANTES DE LA JUNTA DE ADMINISTRACIÓN DE LA IAFAS-FOSFAP.....72
- 2.- DEL DIRECTOR DE SANIDAD72
- 3.- DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL, COMANDANTE DEL SERVICIO DE SANIDAD Y FARMACIA E IPRESS FAP DE LIMA Y PROVINCIAS.....72
- 4.- DEL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS-FOSFAP73
- 5.- DEL PERSONAL MILITAR TITULAR.....73

ANEXOS

- FORMATO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN..... “A”
- FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS..... “B”
- FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN ONCOLÓGICA. “C”
- FORMATO DE SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN. “D”

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.- OBJETO

Establecer las normas y procedimientos a seguir para la administración de los recursos de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), otorgando a los afiliados cobertura de prestaciones de salud integral y oncológica, de acuerdo a lo señalado en los planes de aseguramiento en salud y las exclusiones respectivas a fin de ser considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes en la gestión de la IAFAS-FOSFAP.

2.- ASPECTOS GENERALES

La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP) es el órgano institucional de naturaleza pública, sin fines de lucro, que administra y gestiona los aportes del Estado como empleador, aportes facultativos del titular con derecho y otros aportes de acuerdo con la normatividad vigente.

La IAFAS-FOSFAP tiene por finalidad financiar la atención integral del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro, sus derechohabientes, así como de los Cadetes y Alumnos de la Fuerza Aérea del Perú que cumplan los requisitos que para tal efecto se establezca; con un enfoque de calidad, oportunidad, solidaridad e igualdad en el servicio.

3.- FINALIDAD

Contar con un documento técnico normativo cuya disposiciones permitan la administración eficiente de los recursos recaudados por la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), en el marco del Aseguramiento en Salud de acuerdo a los planes de salud vigentes.

4.- ALCANCE

Al personal responsable de la administración de los recursos de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP); al Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes, así como a los Cadetes y Alumnos de la Fuerza Aérea del Perú; debidamente inscritos en la IAFAS-FOSFAP y que se encuentren hábiles para recibir las prestaciones de salud correspondientes.

5.- BASE LEGAL Y NORMATIVA

- a.- La Constitución Política del Perú de 1993, en sus artículos 7, 9, 10, 11 y 12, establecen que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para la protección de su salud, para lo cual se obliga a garantizar el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, determinando que los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles y que los recursos destinados para ellos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señale la ley.
- b.- La Ley N° 26842 “Ley General de Salud” del 20 de julio de 1997, establece los deberes, derechos y responsabilidades concernientes a la salud individual y colectiva; señalando que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y el medio fundamental para alcanzar el bienestar personal; razón por la cual su protección es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- c.- La Ley N° 29459 “Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios” del 26 de noviembre de 2009, define y establece los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso en seres humanos, en concordancia con la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Medicamentos, las cuales deben ser consideradas por el Estado prioridades dentro del conjunto de políticas sociales que permitan un acceso oportuno, equitativo y con calidad a los servicios de salud.

- d.- La Ley N° 29561 “Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud” del 18 de julio de 2010 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2012-SA del 01 de noviembre de 2012, tienen el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

- e.- La Ley N° 29643 “Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú” del 31 de diciembre de 2010, establece un marco de protección que asegure la atención en salud, trabajo y educación del personal con discapacidad por acción de armas, acto de servicio, como consecuencia o con ocasión del servicio de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

- f.- La Ley N° 29973 “Ley General de la Persona con Discapacidad” del 24 de diciembre de 2012 y su modificatoria aprobada mediante Ley N° 30669 del 04 de octubre de 2017, así como, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP del 08 de abril de 2014 y sus modificatorias aprobadas mediante Decreto Supremo N° 003-2017-MIMP del 26 de abril de 2017, Decreto Supremo N° 066-2017-PCM del 15 de junio de 2017, Decreto Supremo N° 006-2019-MIMP del 11 de marzo de 2019, Decreto Supremo N° 013-2019-MIMP del 21 de julio de 2019 y Decreto Supremo N° 005-2021-MIMP del 04 de junio de 2021, tienen la finalidad de establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica.

- g.- La Ley N° 30073 “Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud” del 09 de agosto de 2013, establece que la delegación a la que se refiere, comprende la facultad de legislar, entre otras materias, la extensión de la cobertura de protección financiera en salud asegurando las condiciones para un acceso universal a los servicios de salud, en forma continua, oportuna y de calidad.

- h.- La Ley N° 30183 “Ley que regula los requisitos para la inscripción y atención de los derechohabientes del titular del seguro de salud” del 28 de abril de 2014, modifica los requisitos para la inscripción y atención en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), en las Sanidades de las Fuerzas Armadas, en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y en las entidades prestadoras de salud (EPS), de los derechohabientes del titular del seguro de salud.
- i.- El Decreto Legislativo N° 295 “Código Civil” del 25 de julio de 1984, en el Artículo 424.-, establece la obligación de proveer al sostenimiento de los hijos e hijas solteros mayores de dieciocho años que estén siguiendo con éxito estudios de una profesión u oficio hasta los 28 años de edad; y de los hijos e hijas solteros que no se encuentren en aptitud de atender a su subsistencia por causas de incapacidad física o mental debidamente comprobadas.
- j.- El Decreto Legislativo N° 1139 “Ley de la Fuerza Aérea del Perú” del 10 de diciembre de 2012, determina y regula la naturaleza jurídica, competencias, funciones y la estructura orgánica básica de la Fuerza Aérea del Perú.
- k.- El Decreto Legislativo N° 1173 “Decreto Legislativo de las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas” del 07 de diciembre de 2013, dispone la adecuación de la organización interna y funcionamiento de los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas creados mediante Decreto Supremo N° 245-89-EF, a las de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), otorgándoseles personería jurídica”, cuya finalidad es financiar la atención integral de la salud del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes; así como, de los cadetes y alumnos de las Instituciones Armadas.
- l.- El Decreto Legislativo N° 1302 “Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público” del 30 de diciembre de 2016, tiene por objeto dictar disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público; con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país.

- m.- El Decreto Legislativo N° 1384 “Decreto Legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones”, del 04 de setiembre de 2018, tiene por objeto establecer medidas normativas que reforman el Código Civil, el Código Procesal Civil y el Decreto Legislativo del Notariado a fin de reconocer y regular la capacidad jurídica de las personas con discapacidad
- n.- El Decreto Supremo N° 020-2014-SA “Aprueban el Texto Único ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” del 13 de julio de 2014, establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud, dentro del territorio nacional.
- o.- El Decreto Supremo N° 010-2016-SA “Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas” del 27 de febrero de 2016, tiene por objeto establecer las disposiciones para la adecuación administrativa y contable de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas, en consideración a sus fines, naturaleza de la organización y normas presupuestarias, en cumplimiento a lo dispuesto por la Sexta Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- p.- El Decreto Supremo N° 030-2016-SA “Aprueba Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas” del 27 de julio de 2016, tiene por finalidad establecer los mecanismos que permitan al usuario o terceros legitimados el acceso, protección y defensa de sus derechos respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS, IPRESS o que dependan de las UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

- q.- El Decreto Supremo N° 002-2019-SA “Aprueban Reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas”, del 31 de enero de 2019, tiene por objeto el establecer los procedimientos para la gestión de reclamos y denuncias por presunta vulneración del derecho a la salud; así como los lineamientos para la atención de consultas relacionadas al ámbito del ejercicio del derecho a la salud.
- r.- El Decreto Supremo N° 012-2019-SA “Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público” del 03 de junio de 2019, tiene por objeto establecer las disposiciones que desarrollen los procesos, procedimientos y flujos necesarios para la implementación del intercambio prestacional en salud, de acuerdo a lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- s.- El Decreto Supremo N° 016-2019-MIMP “Decreto Supremo que aprueba el Reglamento que regula el otorgamiento de ajustes razonables, designación de apoyos e implementación de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad” del 25 de agosto de 2019, tiene por objeto regular el otorgamiento de ajustes razonables, la designación de apoyos y la implementación de salvaguardias para asegurar el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad; alcanzando a las personas que designan apoyos a futuro y a las personas con capacidad de ejercicio restringida conforme al numeral 9 del artículo 44 del Código Civil, en lo que corresponda.
- t.- El Decreto Supremo N° 023-2021-SA “Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS” del 25 de julio de 2021, tiene por objeto aprobar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el listado priorizado de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a financiar, así como las garantías explícitas.

- u.- El Decreto Supremo N° 033-2021-SA “Decreto Supremo que amplía el plazo establecido en la primera disposición complementaria final de las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas aprobadas por Decreto Supremo N° 010-2016-SA” del 31 de diciembre de 2021, dispone se amplíe hasta el 31 de diciembre de 2023, el plazo previsto en el primer párrafo de la Primera Disposición Complementaria Final de las Disposiciones para las IAFAS Públicas.
- v.- La Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA “Aprueban la Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales” del 15 de julio de 2011, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01, la cual fue modificada mediante Resolución Ministerial N° 721-2016/MINSA del 23 de setiembre de 2016, con la finalidad de contribuir a la accesibilidad de la población a medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, y que por su uso o necesidad particular sean necesarios, así como a asegurar que los mismos sean utilizados racionalmente; en el marco de las disposiciones contenidas en la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y demás normativa vigente; así mismo, resuelve en unos de sus artículos encargar a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas la supervisión y evaluación del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.
- x.- La Resolución Ministerial N° 981-2016/MINSA del 23 de diciembre de 2016, aprueba la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad”, cuya finalidad es el contribuir a facilitar el acceso de las personas con discapacidad para la obtención del certificado de discapacidad, que incluye los procesos de: evaluación, calificación y certificación, en el marco de la normatividad vigente
- w.- La Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA del 30 de diciembre de 2018, aprueba el Documento Técnico: “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”, cuya finalidad es mejorar el acceso de la población a los medicamentos identificados como necesarios para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades prevalentes en el país.

- x.- La Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S del 17 de enero de 2020, aprueba las “Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)”, con la finalidad de asegurar la oportunidad, accesibilidad, equidad y calidad de las prestaciones de salud en base a la demanda de sus beneficiarios, mediante la articulación de la oferta existente en el país y en el marco de las disposiciones establecidas para el intercambio prestacional.
- y.- La Resolución de Superintendencia N° 066-2020-SUSALUD/S del 31 de julio de 2020, dispone la publicación del proyecto de norma que aprueba los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, con el objeto de establecer los lineamientos generales de afiliación, normas y las cláusulas generales del contrato de aseguramiento e salud que susciban las IAFAS con los asegurados o con las entidades empleadoras según corresponda.
- z.- La Resolución de Superintendencia N° 010-2021-SUSALUD/S del 15 de febrero de 2021, aprueba el Anexo: “Manual de Usuario del Sistema Electrónico Transferencia de Información de Afiliados (SETI-AF)”, en el que se detalla el procedimiento de envío de información al Registros de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud (RAUUS), donde el presente documento permite a las IAFAS conocer, desarrollar, implementar y utilizar el SETI-AF, con el fin de viabilizar el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas al RAAUS.
- aa.- La Ordenanza FAP 14-36 vigente, tiene por objeto establecer la conformación, nombramiento, convocatoria, funcionamiento, atribuciones y funciones de la Junta de Administración de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP); a fin de contar con un organismo que se encargue de normar y dirigir el empleo de los recursos económicos bajo responsabilidad de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP, de manera que permita financiar la atención integral de salud del personal militar en actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes, bajo el principio de solidaridad, equidad, uniformidad y transparencia.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (IAFAS-FOSFAP)

1.- CONCEPTO

La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), es el conjunto de recursos económicos, financieros y otros ingresos recaudados, los cuales constituyen fuentes de financiamiento para la atención integral de la salud del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad o retiro con pensión y sus derechohabientes que se encuentren debidamente inscritos en los registros de dicho Fondo; así como, de los cadetes, alumnos de la Institución.

2.- FINALIDAD DE LA IAFAS-FOSFAP

Financiar la atención integral del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad o retiro con pensión y sus derechohabientes, así como, de los Cadetes y Alumnos de la Fuerza Aérea del Perú; con un enfoque de calidad, oportunidad, solidaridad e igualdad en el servicio.

3.- DEFINICIONES

- a.- Afiliado o Asegurado: Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- b.- Auditoría Administrativa: Proceso realizado dentro de las IAFAS, respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos para la aprobación de los expedientes de facturación remitidos por las IPRESS.
- c.- Auditoría Médica: Proceso estandarizado que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico y las consecuencias del mismo.
- d.- AUS: Aseguramiento Universal en Salud.

- e.- Capacidad Resolutiva: Capacidad que tienen las Redes de Salud e IPRESS públicas para satisfacer las necesidades de salud de los asegurados con tecnología sanitaria adecuada, recursos humanos, y condiciones generales, según nivel de complejidad.
- f.- Carta de Garantía: Documento solicitado por el usuario o afiliado que autoriza la atención de los afiliados en IPRESS que mantienen convenio vigente con la IAFAS FOSFAP, tiene vigencia de 30 días calendario, para ser utilizado por el beneficiario ante la IPRESS.
- g.- Cartera de servicios de salud: Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutiva y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de salud.
- h.- CECONAR: Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD.
- i.- CIE - 10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.
- j.- CIF: Carné de Identificación Familiar
- k.- Cobertura: Limitaciones financieras de las prestaciones de salud a las que tienen derecho el afiliado o asegurado, conforme a los establecido en el plan de salud que le corresponda.
- l.- Contratante: Afiliado titular quien suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de afiliado o asegurado, según corresponda.
- m.- Coaseguro: Es el porcentaje del costo o gasto de las atenciones recibidas, asumidas por el afiliado o asegurado.
- n.- Copago: Importe establecido en la póliza de seguro que es asumida siempre por el afiliado o asegurado, por lo que este último siempre asumirá la obligación de pago por el exceso de la cifra o porcentaje acordado.

- o.- Deducible: Monto fijo que se aplica a cada atención, inclusive.
- p.- Denuncia: Manifestación expresa presentada ante SUSALUD sobre acciones u omisiones de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS respecto a los hechos o actos que pudieran constituir presunta vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas; o frente la negativa de atención de sus reclamos; o disconformidad con el resultado del mismo; o irregularidad en su tramitación por parte de estas.
- q.- DIAPE: Dirección de Administración de Personal.
- r.- Estudio Matemático Actuarial: Ciencia actuarial es la disciplina que evalúa los riesgos en las industrias aseguradoras y financieras basándose en la aplicación de modelos estadísticos y matemáticos.
- s.- Facturación: Proceso que emite el documento contable para realizar el cobro de los servicios y/o productos de salud brindados por un asegurado.
- t.- HOSPI: Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.
- u.- IAFAS: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- v.- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): La prestación de servicios en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud se desarrolla a través de las IPRESS, que son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud, se encuentran clasificadas por redes. Por cada cobertura detallada en el Plan de Salud existirá una red de clínicas afiliadas.
- w.- Intercambio Prestacional en Salud: Acciones de articulación interinstitucional que garantizan el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre IAFAS, UGIPRESS e IPRESS, generando una mayor cobertura prestacional y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.
- x.- IPROT: Intendencia de Protección de Derechos en Salud.

- y.- Libro de Reclamaciones en Salud: Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante la insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.
- z.- Liquidación: Proceso que determina y reconoce el monto para pago por los servicios y/o productos de salud brindados a un asegurado. Se realiza en base a los criterio o aspectos pactados en los contratos suscritos entre las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- aa.- PAUS: Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
- bb.- PEAS: Lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas y mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- cc.- PNUME: Petitorio Nacional Único de Medicamentos.
- dd.- Periodo de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el producto o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o contrato, según corresponda. Los periodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada asegurado. Las emergencias no presentan periodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento.
- ee.- Periodo de Latencia: Es el tiempo en el que los beneficiarios de la IAFAS-FOSFAP podrán acceder a las coberturas establecidas del Plan Específico de Salud.
- ff.- Petitorio FAP: Contiene la relación de medicamentos seleccionados por la Fuerza Aérea del Perú para la atención de su población adscrita, clasificados por grupo farmacoterapéutico y dispuestos en orden alfabético.
- gg.- Plan Complementario: Son aquellos que complementan al Plan de Aseguramiento en Salud (PEAS), que son ofrecidas por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) a los Afiliados al PEAS. La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

- hh.- Plan de Salud: Es el documento que detalla los beneficios que otorga el Plan de Salud contratado. Estos beneficios no podrán ser en ningún caso inferiores a los contenidos en el PEAS.
- ii.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todas las IAFAS.
- jj.- Póliza o Contrato: Documento en el cual se formalizan ciertos contratos o seguros.
- kk.- Prima o Aporte: Es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de seguro otorgado.
- ll.- Red de Salud: Conjunto de IPRESS de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones en salud, en función de las necesidades de la población.
- mm.- Reembolso: Es la devolución de una parte de los gastos realizados por los afiliados en una atención médica particular, que pueden ser por concepto de honorarios médicos, análisis, medicinas; siempre y cuando el plan incluya el beneficio de reembolso.
- nn.- Reserva Técnica: La reserva técnica representa la mejor estimación del importe total de las obligaciones pendientes de la empresa derivadas de los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de evaluación.
- oo.- Siniestros: Ocurrencia o materialización de los riesgos amparados por el plan de salud. En el riesgo en salud los eventos o siniestros son las atenciones médicas.
- pp.- Tarifa: Valor monetario de cada una de las prestaciones de servicios de salud o conjunto de ellas, de acuerdo a la modalidad de pago acordada por las partes.
- qq.- Usuario: Toda aquella persona que califique como afiliado o asegurado.

4.- CONSIDERACIONES BÁSICAS

- a.- La utilización de los recursos económicos y financieros recaudados por la IAFAS-FOSFAP se efectuarán de conformidad con las disposiciones contenidas en las normas de gestión y ejecución de los recursos de las IAFAS de las Fuerzas Armadas (FFAA) en vigencia, y de acuerdo con lo que dispone el presente Manual. Además, dichos recursos deben ser debidamente cautelados mediante la realización constante de acciones de control, tales como exámenes especiales y auditorías, tanto médicas como financieras y administrativas.
- b.- Las actividades relacionadas con la “Atención Integral de la Salud” que se financian a través de la IAFAS-FOSFAP, están ligadas a los programas, criterios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud; razón por la cual, deben ser tomadas como marco referencial en las decisiones que la Junta de Administración de la IAFAS-FOSFAP adopte en materia de salud.
- c.- Los recursos que recauda y administra la IAFAS-FOSFAP, serán ejecutados de acuerdo a lo dispuesto en las normas de su creación y a lo establecido en el presente Manual.
- d.- De acuerdo con las normas legales de su creación, la IAFAS-FOSFAP tiene como Órgano de Dirección a la Junta de Administración de la IAFAS-FOSFAP y como órgano de ejecución a la Dirección Ejecutiva.
- e.- Los actos de la Junta de Administración en materia de salud, así como las prestaciones que se otorguen, deben estar en armonía con la Política de Salud del Estado Peruano, la Ley General de Salud, el Decreto Legislativo de las IAFAS de las Fuerzas Armadas (FFAA), el PEAS, el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y otras disposiciones legales de pertinente aplicación a la IAFAS-FOSFAP.
- f.- Es responsabilidad de la IAFAS-FOSFAP controlar que los consumos no excedan el monto máximo anual de cobertura asegurable por cada afiliado, el mismo que será determinado mediante Estudio Matemático Actuarial y aprobado por la Junta de Administración.

- g.- Los aportes y coaseguros que se gravan al consumo por atenciones médicas, farmacológicas y oncológicas serán establecidas a propuesta de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP y por acuerdo de la Junta de Administración, en base a los resultados del Estudio Matemático Actuarial, a los fondos asignados, al comportamiento que presentan los factores económicos, precios de mercado y capacidad de adquisición.
- h.- Los servicios y prestaciones de salud deben ser acorde a los planes de salud contratados por cada afiliado.
- i.- Los afiliados de los cuales se percibe el aporte correspondiente del 6% de la remuneración, pensión o propina, sólo podrán recibir prestaciones de salud de acuerdo al PEAS vigente y atenciones farmacológicas de acuerdo al PNUME vigente; asimismo, los afiliados que realizan aportes facultativos para acceder a los planes complementarios de salud, podrán recibir prestaciones de salud complementarias y atenciones farmacológicas de acuerdo a lo considerado en el petitorio FAP vigente.
- j.- Los servicios y prestaciones de salud, que financia la IAFAS-FOSFAP, estarán limitados a los que se oferten dentro del territorio nacional.

5.- SUPUESTOS FUERA DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PRESENTE MANUAL

- a.- Los procedimientos y dinámicas contables de todas las transacciones que realicen las IAFAS de las Fuerzas Armadas, así como la formulación de los estados financieros, se realizan de acuerdo al Plan Contable Gubernamental.
- b.- Las IAFAS de las Fuerzas Armadas presentan mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), los documentos que se detallan a continuación:
 - 1) Estados Financieros.
 - 2) Notas a los Estados Financieros debidamente comentadas, describiendo la naturaleza de las cuentas contables y las transacciones que originaron las variaciones más significativas en los saldos.

- 3) Balance de comprobación o Balance constructivo, según corresponda, a nivel de subcuentas que refleje las diferentes transacciones de la dinámica contable concerniente a las actividades de la IAFAS de las Fuerzas Armadas.
- c.- Adicionalmente, cada dos años y al mes siguiente de su realización, la IAFAS de las Fuerzas Armadas presentan a SUSALUD copia del informe y de sus estados financieros auditados por una Sociedad de Auditoría (SOA) inscrita en el Registro de Sociedades de Auditoría Financiera (RESAF) o designada por la Contraloría General de la República. La designación de la Sociedad de Auditoría (SOA) se solicitará a través del Órgano de Control de cada IAFAS.
- d.- Carácter Intangible de los Fondos de las IAFAS (Artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1173):

Los recursos previstos en el artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1173, así como los coaseguros que son recursos no públicos, tienen el carácter de intangible e inembargable, debiendo ser utilizados exclusivamente para la atención integral de salud.

CAPÍTULO III

CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS

1.- CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS GENERALES

a.- COMPONENTES DE ADMINISTRACIÓN

- 1) La estructura organizativa de la la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), está conformada por los órganos que se detalla a continuación:
 - a) Órgano de Dirección : Junta de Administración.
 - b) Órgano de Control : Órgano de Control Institucional de la Fuerza Aérea del Perú (OCIFAP).
 - c) Órgano Ejecutivo : Dirección Ejecutiva.
- 2) La IAFAS-FOSFAP, se organiza con autonomía administrativa y contable dentro de la Fuerza Aérea del Perú; no tiene fines de lucro y contribuye al bienestar del personal militar; coordina y articula en forma permanente con la Dirección de Sanidad y las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPRESS).

b.- ATRIBUCIONES DE LA JUNTA DE ADMINISTRACIÓN DE LA IAFAS-FOSFAP

- 1) Es el máximo Órgano de Dirección de la IAFAS-FOSFAP.
- 2) Los miembros de la Junta de Administración son designados por Resolución de la Comandancia General de la FAP, y desempeñarán sus funciones ad honorem.
- 3) Deberá aprobar los estudios matemáticos actuariales, a fin de establecer los criterios técnicos que fundamenten el financiamiento y sostenibilidad de los planes de salud.
- 4) Deberá aprobar los planes específicos y complementarios de salud, que detallen y precisen las listas de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud financiadas por la IAFAS-FOSFAP, los aportes, los coaseguros, los importes máximos de cobertura y otras condiciones que contengan dichos planes, en concordancia con PEAS que aprueba el Ministerio de Salud.

- 5) Deberá aprobar los programas y proyectos presentados por la Dirección Ejecutiva.
- 6) Deberá aprobar el presupuesto de ingresos y gastos de la IAFAS-FOSFAP, para el financiamiento de la atención integral de salud de los beneficiarios en las IPRESS públicas, privadas y mixtas, en coordinación con los órganos de planeamiento y presupuesto del Sistema de Salud de la FAP.
- 7) Deberá aprobar los estados financieros para su posterior publicación.
- 8) Deberá aprobar las colocaciones financieras de los recursos económicos financieros de la IAFAS-FOSFAP.
- 9) Deberá aprobar los documentos de gestión interna de la IAFAS-FOSFAP, que sean necesarias para el cabal cumplimiento de sus funciones.
- 10) Deberá aprobar el uso de la Reserva Técnica, solo en caso fortuito o fuerza mayor (terremoto, tsunami, epidemia, pandemia u otro desastre) determinado como estado de emergencia por norma expresa, mediante la modificación de coberturas de los planes de salud de manera excepcional y temporal, previo informe técnico-económico de la Dirección Ejecutiva.
- 11) Deberá evaluar y, de ser el caso, aprobar los pedidos de financiamiento de prestaciones de salud excluidas de los planes de salud vigentes, que sean propuestos por la Dirección Ejecutiva, sin afectar la estabilidad económica correspondiente; siendo requisito indispensable para que proceda la evaluación, contar con los siguientes documentos:
 - a) Informe médico que sustente la necesidad del pedido.
 - b) Informe de la Asistente Social designada, que certifique la situación socioeconómica del paciente.
 - c) Informe Técnico-Financiero que acredite la disponibilidad de recursos para su atención.
 - d) Tener la condición de urgencia en la que se encuentre comprometida la vida del paciente.

- e) Los pedidos de financiamiento de prestaciones de salud excluidas de los planes de salud vigentes realizadas a la Junta de Administración de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), podrá brindarse una vez al año y sólo a un miembro del grupo familiar.
- 12) No evaluará pedidos de financiamiento de:
- a) Reintegros por gastos de procedimientos excluidos.
 - b) Gastos por exceso de cobertura en IPRESS FAP, públicas o privadas.
 - c) Atención de coaseguros por prestaciones brindadas por otros seguros.
 - d) Condonación de coaseguros establecidos en los planes de salud vigentes.

c.- ÓRGANOS DE CONTROL DE LA IAFAS-FOSFAP

La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), tiene como órganos de control externos a:

- 1) La Superintendencia Nacional de Salud.
- 2) La Oficina de Control Institucional de la FAP.
- 3) La Superintendencia Nacional de Administración Tributaria.
- 4) La Oficina de Inspectoría General de la FAP.
- 5) La Oficina de Inspectoría de la Dirección General de Personal.
- 6) La Oficina de Inspectoría de la Dirección de Sanidad.
- 7) La Oficina de Inspectoría de la Unidad.

d.- ATRIBUCIONES DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS-FOSFAP

- 1) Es el máximo Órgano de Ejecución de la IAFAS-FOSFAP.

- 2) El Director Ejecutivo de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), es designado por Resolución de la Comandancia General de la FAP, y es quien asume la representación legal de la IAFAS-FOSFAP y representa la máxima autoridad ejecutiva. Ejerce las funciones y atribuciones previstas en el Artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1173 y en su respectivo Reglamento.
- 3) Las normas correspondientes a la organización, funciones y responsabilidades de la Dirección Ejecutiva de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), se establecen en el Manual Organización y Funciones vigente, aprobada por la máxima autoridad institucional de la Fuerza Área del Perú.
- 4) Será responsable de convocar y presidir el Comité de Evaluación de Casos Especiales (CECE), el cual tendrá como finalidad evaluar y analizar los casos especiales, a solicitud del afiliado, y emitir su pronunciamiento. En caso que la solicitud sea de carácter financiero el CECE solo podrá evaluar casos menores a 8 UIT vigente.

2.- CRITERIOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS ESPECÍFICOS

- a.- Son beneficiarios de la IAFAS-FOSFAP el Personal Militar, sus derechohabientes y/o familiar con derecho a pensión con el aporte del empleador respectivo por parte del Estado, de acuerdo a lo siguiente:
 - 1) El Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Suboficiales en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho.
 - 2) Los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Fuerza Aérea del Perú serán beneficiarios solamente con el Plan Específico de Salud.
 - 3) Los cónyuges del Personal de Oficiales, Técnicos y Suboficiales debidamente inscritos en la IAFAS-FOSFAP.
 - 4) Las hijas o hijos solteros hasta cumplir los dieciocho (18) años de edad, pudiendo extenderse hasta cumplir los veintiocho (28) años de edad, siempre y cuando acrediten ser solteros, estudiantes (de carreras profesionales o técnicas de mínimo tres años) y dependientes de los padres, previa presentación en la IAFAS-FOSFAP del

Carnet de Identificación Familiar (CIF) debidamente actualizado, el cual será otorgado por la Dirección de Administración de Personal (DIAPE).

- 5) Además, del supuesto anterior, las hijas o hijos solteros podrán continuar afiliados a los planes de salud ofertados por la IAFAS-FOSFAP en los siguientes casos: a) Cuando son declarados Interdictos Judicialmente o b) Con incapacidad total y permanente para trabajar, siendo requisito que dicha incapacidad se haya adquirido en su condición de afiliado de la IAFAS-FOSFAP con la certificación del Hospital Central FAP y/o Certificado de discapacidad severa emitido por CONADIS que tiene una vigencia de dos años. Además, este tipo de beneficiarios deberán cumplir con las condiciones de afiliación establecidas por cada tipo de plan de salud.
- 6) Los Cónyuges supérstites del Personal Militar de Oficiales, Técnicos y Suboficiales que cuenten con pensión de sobreviviente de carácter renovable, hasta contraer nuevas nupcias, y los hijos con sujeción a las limitaciones anteriormente aludidas.
- 7) Los beneficiarios de pensión de sobrevivientes ascendientes, viudez y orfandad (hasta cumplir los 18 años de edad) del Personal Militar fallecido, debidamente acreditado con la Resolución correspondiente.
- 8) Los padres y madres del Personal de Oficiales, Técnicos y Suboficiales con derecho; que fueron afiliados en forma voluntaria por el Contratante (titular) hasta el año 2016. Al fallecimiento del Contratante (Titular) será potestad del beneficiario el poder decidir la continuación de su afiliación para lo cual deberá definir la forma en que se continuará el pago de aportes (Descuento por planilla o pago directo). Cabe precisar que a la fecha no se acepta la inscripción de los padres a los planes de salud ofertados por la IAFAS-FOSFAP.
- 9) El discapacitado de acuerdo a la Ley N° 29973 “Ley General de la Persona con Discapacidad” y a la Ley N° 29643 “Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las FFAA y Policía Nacional del Perú”, siempre que cumpla con las condiciones de afiliación establecidas en cada tipo de plan de salud, accediendo a los mismos beneficios y obligaciones que un afiliado regular.

b.- No le corresponde a la IAFAS-FOSFAP reconocer la gratuidad de los derechos de salud al personal, que se señala a continuación, que no cumpla con las condiciones de afiliación en cada tipo de plan de salud, y estar considerado como beneficiario:

1) LOS EX COMBATIENTES DE LOS CONFLICTOS DE 1933, 1941, 1978, 1981 Y 1995

a) Mediante Ley N° 24053 del 06 de enero de 1985, se reconoció a la Asociación “Vencedores de la Campaña Militar de 1941” como la institución que a nivel nacional agrupa y representa a los excombatientes de este conflicto de conformidad a su Estatuto y Reglamento Interno; asimismo, en su artículo 6, se estableció que el personal que haya sido calificado como vencedor de la Campaña Militar 1941 tendrán derecho a atención médica gratuita y medicinas en todos los hospitales de las Fuerzas Armadas.

b) Mediante Decreto Supremo N° 006-85-CCFA del 04 de setiembre de 1985, se reglamentó la Ley Nro. 24053, estableciéndose en su artículo 10 las siguientes reglas:

“Artículo 10.- La atención médica y suministro de medicinas al personal sobreviviente calificado como Vencedor de la Campaña Militar de 1941 será gratuita y deberá efectuarse en la forma siguiente:

*(1) Los derechos de atención médica y hospitalaria, así como el suministro de medicinas corresponden única y exclusivamente al personal sobreviviente.
(...)”*

c) Por otro lado, mediante Ley N° 30461, del 28 de mayo de 2016, se modificó el artículo 10 de la citada Ley N° 24053, quedando redactado de la siguiente manera:

“Artículo 10.- Los beneficios de la presente Ley, se harán extensivos a los excombatientes del conflicto de 1933 que el Comando Conjunto acreditó como defensores calificados. Igual derecho le asiste a los excombatientes de los años 1978, 1981 y 1995, calificados como Defensores de la Patria por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas; con cargo al presupuesto del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, según corresponda”.

- d) En tal sentido, son las Instituciones Armadas las encargadas del financiamiento de las prestaciones de servicios de salud (atención médica y medicina) para la población comprendida en la Ley N° 24053 y su modificatoria realizada mediante Ley N° 30461.
- 2) DEFENSORES DE LA PATRIA QUE PARTICIPARON EN EL CONFLICTO CON EL ECUADOR
- a) Mediante Ley N° 26511 del 23 de junio de 1995, se les reconoció la calidad de Defensor de la Patria los miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y civiles que hayan participado como combatientes en la zona del Alto Cenepa durante el último conflicto con el Ecuador en 1995, así como a aquéllos que a partir del 1 de marzo de 1995, hayan fallecido o se encuentren con invalidez temporal o permanente como consecuencia de los acontecimientos ocurridos en dicha zona o fuera de ella, siempre que guarden relación de causalidad con dicho conflicto y no puedan ser referidos a otra causa.
- b) El artículo 5 de la citada norma señala que, los Defensores de la Patria que sufran le invalidez permanente, así como el cónyuge sobreviviente, hijos menores de edad o los padres siempre que dependa económicamente del combatiente fallecido, tendrán derecho a la atención médica gratuita y medicinas, en todos los hospitales de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional, del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- c) Mediante Decreto Supremo N° 010-DE-SG, del 12 de febrero de 1999, se reglamentó la Ley N° 26511, en cuyos artículos 29 y 30 se estableció lo siguiente:
- “Artículo 29.- El personal calificado como Defensor de la Patria que sufra invalidez permanente o temporal, el cónyuge sobreviviente, hijos menores de edad, los padres siempre que hayan dependido económicamente del combatiente fallecido o que tengan como mínimo 55 años de edad, tendrán derecho a la atención médica y a medicinas en forma gratuita (...).”*

“Artículo 30.- El personal calificado como Defensor de la Patria que hubiere sufrido como consecuencia de la acción de armas discapacidad física, tendrá derecho a su rehabilitación integral, física, patología del lenguaje y/o terapia ocupacional hasta lograr su máxima recuperación posible.

Dicha rehabilitación integral deberá ser realizada en los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Ministerio de Salud y/o Instituto Peruano de Seguridad Social.”

- d) Mediante Resolución de Gerencia General N° 1535-GG-ESSALUD-2021, de fecha 17 de noviembre de 2021, publicado en el diario oficial El Peruano el 22 de noviembre de 2021, se dispuso que los excombatientes comprendidos en las Leyes N° 24053, 26511 y 28796, calificados por el Comando Conjunto, según relación proporcionada por el Ministerio de Defensa, reciban en ESSALUD de manera gratuita atención médica, hospitalaria y suministro de medicinas, estableciendo condiciones para hacer efectivo las prestaciones de salud que en dicha norma se detallan.
- 3) ATENCIONES DE SALUD DE PERSONAL MILITAR DISCAPACITADO
- a) Mediante Ley N° 29487, del 23 de diciembre de 2009, se dispuso otorgar prestaciones de salud gratuitas al personal oficial, subalterno y del servicio militar voluntario de las Fuerzas Armadas, sin excepción, que sufra alguna discapacidad por: acción de armas, acto de servicio o con ocasión del servicio; así como a sus familiares directos; en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú y en la Ley N° 29248, Ley del Servicio Militar.
 - b) La citada Ley en su artículo segundo, señala a quiénes se comprenden por familiares directos:
 - a) El(La) cónyuge.
 - b) Los hijos menores de edad o con discapacidad mayores de edad.
 - c) Los padres; solo en el caso de no tener los familiares mencionados en los literales a) y b).

- c) Asimismo, la Única Disposición Transitoria de la citada Ley señala que el Ministerio de Defensa puede destinar recursos adicionales de su presupuesto institucional para el cumplimiento de la presente norma.
- 4) LEY QUE OTORGA PROTECCIÓN AL PERSONAL CON DISCAPACIDAD DE LAS FFAA.
- a) La Ley N° 29643 – Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, tiene el objeto de establecer un marco de protección que asegure la atención en salud, trabajo y educación del personal con discapacidad por acción de armas, acto de servicio, como consecuencia o con ocasión del servicio de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.
 - b) La Cuarta Disposición Complementaria Final señala que las prestaciones de salud integral gratuitas establecidas en la Ley 29643 se otorgan a los familiares directos señalados en el artículo 2 de la Ley N° 29487. Adicionalmente, en su Quinta Disposición Complementaria Final señala que, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior preven en sus presupuestos anuales los recursos necesarios para el otorgamiento de las prestaciones a las que se refiere la presente Ley.
- 5) PERSONAL DE TROPA QUE HA PRESTADO SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO

Personal de tropa comprendido en la Ley N° 29248 del servicio militar obligatorio y su reglamento aprobado por DS N° 003-2013-DE, que establecen como derecho recibir prestaciones de salud en los sistemas de salud en los hospitales o establecimientos de salud de la institución a la que pertenece.

CAPÍTULO IV

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DEL DISEÑO DE PLANES DE SALUD

1.- BENEFICIOS POR TIPO DE PLAN DE SALUD

La IAFAS-FOSFAP ejecuta servicios de cobertura de riesgo en salud a sus beneficiarios, de acuerdo con los planes de aseguramiento:

- a. Plan Específico de Salud (PEAS).
- b. Plan Complementario de salud familiar.
- c. Plan Complementario de salud padres.
- d. Plan Complementario de salud oncológico familiar.
- e. Plan Complementario de salud oncológico padres.

A continuación el detalle de la cobertura de nuestros planes.

a.- PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

La IAFAS-FOSFAP brinda las coberturas obligatorias correspondientes al PEAS, aprobado por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA y sus respectivas actualizaciones, el cual es financiado por el FOSPEMFA correspondiente al 6% de la remuneración, pensión o propina del Contratante (Titular o beneficiario con derecho a pensión).

b.- PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD FAMILIAR Y PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD PADRES

Los servicios que serán cubiertos por la IAFAS-FOSFAP son todos los contemplados en el listado de condiciones, intervenciones, prestaciones y preexistencias del PEAS y todo lo siguiente (Aplica para titulares, derechohabientes y padres):

- 1) Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios y hospitalarios.
- 2) Servicios hospitalarios.
- 3) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales para pacientes hospitalizados por un periodo máximo de tres meses por siniestro suscitado.

- 4) Servicios de terapias físicas y rehabilitación adultas y pediátricas en IPRESS-FAP se cobertura el 90%, en IPRESS Extra FAP de convenio el 70% debidamente sustentado y solicitado por el médico tratante FAP con formato de atención Extra FAP. El periodo máximo de cobertura es de 185 días calendario por año, sujeto a evaluación por auditoría médica. En el caso de trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida, sólo se cobertura en aquellos causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares.
- 5) Terapia de aprendizaje, cognitivo conductual, psicológica por patologías mentales (trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA), Asperger, trastorno específico del lenguaje (TEL), trastornos de socialización, trastorno de aprendizaje, etc.) cobertura el 90% en IPRESS FAP y el 70% en IPRESS Extra FAP de convenio debidamente sustentado por Neurología y Pediatría del HOSPI-FAP y solicitado por el médico tratante FAP con formato de atención Extra FAP. Por un periodo máximo de 185 días calendario por año, sujeto a evaluación por auditoría médica.
- 6) Servicios odontoestomatológicos, únicamente en IPRESS FAP. Sólo en aquellas localidades que no cuenten con IPRESS FAP, el afiliado o asegurado podrá ser atendidos bajo la modalidad de reembolso, sujeto a evaluación por auditoría médica. En este caso se considera el 90% de cobertura para las siguientes prestaciones:
 - a) Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma).
 - b) Medicamentos, materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos.
 - c) Estudios de imágenes, tales como rayos x (Periapical, Bite Wing, Oclusal).
 - d) Profilaxis dental y/o detartraje anual.
 - e) Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias, pulpectomías, pulpotomías, sellantes, gingivectomía, colgajo periodontal (sujeto a evaluación por auditoría médica).
 - f) Fluorización anual para niños hasta cumplir los 12 años.

- 7) Servicios de Atención Domiciliaria (Sólo a cargo de HOSPI: programa paciente crónico a cargo de Dpto. de Geriatria del HOSPI) para paciente con enfermedad crónica incapacitante indicado por el médico tratante y evaluado por el Departamento de Geriatria y Cuidados Paliativos se cobertura el 90% y la atención médica será cancelada en la IPRESS FAP.
- 8) Transporte por evacuación y/o traslado del paciente en casos de emergencia (Tipo I y II, de acuerdo a NTS N° 042 – MINSA/DGSP-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA del 26 de abril de 2006); el mismo que se realizará por indicación médica (registrado en formato de referencia y contrarreferencia), se cubrirá el 100% de los gastos por movilidad hacia el centro médico FAP o nosocomio autorizado. Sólo se reconocerá el pasaje de ida y retorno del evacuador (personal de salud) y pasaje de ida del acompañante si el afiliado que requiere evacuación es menor de 18 (dieciocho) años de edad o adulto mayor que cumpla criterios de adulto mayor frágil de acuerdo a la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA del 08 de junio de 2006.
- 9) Cinco (05) transfusiones sanguíneas, consecutivas o intermitentes, con o sin hospitalización, durante el año en curso, se cobertura el 90%.
- 10) Perfil de donante de sangre (grupo sanguíneo, hematocrito, VIH I-II, HBsAg, VHC, Sífilis, Chagas, HTLV I-II y anticore HB), sólo en caso de Malaria.
- 11) Estudios electrofisiológicos y de ablación cardiaca, se cobertura el 85%.
- 12) Servicios Farmacológicos:
 - a) La atención farmacológica al personal afiliado a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP) se realizará obligatoriamente con el Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes, en base a la Denominación Común Internacional (DCI) y/o nombre genérico y por unidades de presentación (tabletas, ampollas, cartuchos, frascos, etc.).
 - b) Las recetas tienen un tiempo de vigencia de 30 días, desde la emisión de la misma.

- c) Los medicamentos serán entregados por las farmacias del Sistema de Salud de la FAP.
- 13) Prótesis quirúrgicas y stent (Prótesis endovascular): Se cubre el valor de las prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias al 85% para el titular y derechohabientes debidamente inscritos en la IAFAS-FOSFAP. El coaseguro correspondiente a esta prestación será cancelado al contado en la IPRESS en la cual recibe la atención.
- a) Especificaciones de cobertura de endoprótesis (sujeto a evaluación por auditoría médica):
- (1) Válvulas cardíacas: sólo válvula aórtica.
 - (2) Válvulas cerebrales: sólo ventrículo peritoneal, subaracnoidea/subdural-peritoneal.
 - (3) Válvulas oculares.
 - (4) Injerto vascular.
 - (5) Marcapasos cardíacos.
 - (6) Stent (prótesis endovascular).
 - (7) Implante de Desfibrilador Autónomo.

Los gastos hospitalarios por este servicio que superen los límites de cobertura anual, serán asumidos al 100% por el afiliado.

- 14) Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinales e intervertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). También se cubren las cirugías híbridas de columna y los procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser, o radiofrecuencia: nucleoplastia, discectomía o discólisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia, aguja seca. (solo en IPRESS FAP).
- 15) Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) únicamente para patologías reumatológicas y traumatológicas.

- 16) Gastos por el tratamiento del síndrome temporomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión de la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
- 17) Test de tolerancia a la insulina.
- 18) Las indicaciones del Implante de Desfibrilador Autónomo (DAI) serán cubiertas al 85%, tanto en IPRESS FAP e IPRESS Extra FAP, sólo en los siguientes casos y sujeto a evaluación por auditoría médica:
 - a) Muerte Súbita por Taquicardia Ventricular o Fibrilación Ventricular.
 - b) Taquicardia Ventricular Sostenida por cardiopatía estructural.
 - c) Síncope de origen desconocido con Taquicardia Ventricular sostenida.
 - d) Taquicardia Ventricular no sostenida en cardiopatía isquémica.
 - e) Taquicardia Ventricular sostenida que no cede con tratamiento.
- 19) Neurotomía o neurólisis facetarias y bloqueos radiculares o facetarios.
- 20) Tratamiento de embolización para aneurismas con cobertura al 85%. Los gastos hospitalarios por este servicio que superen los límites de cobertura anual, serán asumidos al 100% por el afiliado.
- 21) FIBROSCAN (elastografía), sólo para Hepatitis Aguda tipo A y B (Con y sin agente delta) sin coma hepático, Hepatitis Aguda tipo C, Hepatitis Viral Crónica B (con y sin agente delta) y C para descartar Cirrosis. El procedimiento se realiza (01) una vez por año y se cobertura al 90%.
- 22) Tratamiento con cámara hiperbárica se cobertura al 85%. Sujeto a evaluación por auditoría médica.

- 23) Anteojos (no incluye montura), bajo modalidad de reintegro en centros de convenio, hasta el monto de 0.035 de la UIT vigente, sujeto a evaluación por auditoría médica, para los diagnósticos de Hipermetropía, Miopía, Astigmatismo y Presbicia (Se excluye prótesis para afaquia y ayudas para visión baja), cada 18 meses, sin restitución por cambios de graduación, pérdidas, robos o situaciones similares.
- 24) Tratamiento con ondas de choque radiales sólo cobertura el 90% y en HOSPI.
- 25) El tratamiento con ondas de choque focales se cobertura el 80% y sólo cuando se indique para los siguientes diagnósticos:
 - a) Tendinopatías crónicas (Epicondilopatía lateral, fasciopatía plantar, tendinopatía de Aquiles, tendinopatía supraespinosa, tendinopatía patelar, síndrome doloroso trocánter mayor).
 - b) Regeneración ósea (retraso de consolidación, pseudoartrosis, fractura por stress, necrosis avascular en etapa inicial, osteocondritis disecante en etapa inicial).
- 26) Fármacos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o síndrome de inmunodeficiencia (SIDA), según Guías de Práctica Clínica determinadas por el MINSA vigentes y dentro del PNUME y Petitorio FAP vigentes, se cobertura el 100%.
- 27) Uso de oxígeno medicinal intradomiciliario, mediante solicitud realizada por el afiliado o familiar responsable dirigida al Director Ejecutivo de IAFAS-FOSFAP, adjuntando indicación médica sustentada con informe médico detallado (cobertura sujeta a evaluación por auditoría médica). Este beneficio podrá solicitarse anualmente y utilizarse por un periodo máximo de 06 meses se cobertura el 85%. Mediante modalidad de reintegro.
- 28) Tamizaje neonatal metabólico básico y auditivo en IPRESS Extra FAP de convenio, se cobertura el 90%.
- 29) Tamizaje neonatal metabólico o auditivo ampliado, debidamente sustentado con informe médico detallado

(sujeto a evaluación por auditoría médica) en IPRESS Extra FAP de convenio, se cobertura el 80%.

- 30) Ecografías 3D y 4D indicadas durante la gestación, sólo para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentado con informe médico y a través de ecografía convencional, sujeto a evaluación por auditoría médica.
- 31) Atenciones de salud mental, de acuerdo a PEAS vigente. Aplican coaseguros para atenciones ambulatorias y hospitalarias vigentes.
- 32) En los casos de accidente de tránsito, el orden de prelación es la cobertura del SOAT. Al término de la cobertura del SOAT el seguro de la IAFAS-FOSFAP continuará financiando la atención médica hasta el monto máximo de cobertura anual.

En cualquier caso, excepto el titular afiliado, si los gastos por el servicio superan los límites de cobertura anual, éstos serán asumidos al 100% por el afiliado o asegurado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.

c.- PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR Y PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO PADRES

Los servicios que serán cubiertos por la IAFAS-FOSFAP (Aplica para titulares, derechohabientes y padres) son todos los siguientes:

- 1) Prestación ambulatoria, el afiliado o familiar deberá acercarse a la plataforma de atención oncológica de la IAFAS-FOSFAP y presentar las órdenes e indicaciones de su médico tratante con la finalidad de solicitar la Carta de Garantía. Incluye lo siguiente:
 - a) Gastos que incluyan honorarios médicos por concepto de consulta, procedimientos clínicos y quirúrgicos. Medicamentos oncológicos para quimioterapia, terapia biológica que se encuentren en Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes. El médico tratante deberá incluir en la Historia clínica debidamente foliada y orden médica, el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) o

Karnosky, peso y talla del paciente en cada atención y/o evolución.

- b) Administración de medicinas, anestésicos, oxígeno, catéteres, líneas de infusión, relacionados para el tratamiento exclusivo del cáncer.
 - c) KIT de colostomías para uso diario de pacientes con cáncer donde fue necesaria la interrupción del tránsito intestinal por causa oncológica. (máximo 31 bolsas al mes).
 - d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento de la patología oncológica. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
 - e) Exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
 - f) Radiología: ecografía, rayos x, tomografía computarizada y resonancia magnética.
 - g) Medicina Nuclear: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET SCAN, máximo dos al año).
 - h) Pruebas citogenéticas para determinar el diagnóstico de: síndrome mielodisplásico, mieloma múltiple, linfoma, leucemia y pruebas de inmunofenotipo, sujeto a evaluación por auditoría médica, se cobertura el 85%. Otras pruebas citogenéticas diagnósticas (oncológicas), deberán ser solicitadas con informe médico detallado, sujeto a evaluación y visto bueno por auditoría médica, con cobertura al 70%.
 - i) Radioterapia convencional, 3D, IMRT y braquiterapia.
- 2) Prestación hospitalaria, incluye lo siguiente:
- a) Gastos que incluyan honorarios por intervención quirúrgica por tratamiento, ayudantía o administración de anestésicos.
 - b) Habitación unipersonal o bipersonal, según disponibilidad.

- c) Medicamentos oncológicos para quimioterapia, terapia biológica que se encuentren en el Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes. El médico tratante deberá incluir en la Historia clínica debidamente foliada el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) o Karnosky, peso y talla del paciente en cada atención y/o evolución.
- d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento de la patología oncológica. Sujeto a evaluación por auditoría médica
- e) Radiología: ecografía, rayos x, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- f) Medicina Nuclear: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET SCAN, máximo dos al año).
- g) Pruebas citogenéticas para determinar el diagnóstico de: síndrome mielodisplásico, mieloma múltiple, linfoma, leucemia y pruebas de inmunofenotipo. Sujeto a evaluación por auditoría médica, se cobertura el 85%. Otras pruebas citogenéticas diagnósticas (oncológicas), deberán ser solicitadas con informe médico detallado, sujeto a evaluación y visto bueno por auditoría médica, se cobertura el 70%.
- h) Radioterapia convencional, 3D, IMRT y braquiterapia.
- i) Nutrición Parenteral Total para pacientes con complicaciones entéricas por Radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fistulas que impidan la alimentación del paciente.
- j) Tratamiento Paliativo y Terapia del Dolor sólo en el HOSPI-FAP.
- k) Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), exclusivo para pacientes con diagnóstico con leucemias, pruebas de tamizaje y pruebas cruzadas solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica.

- l) Radiocirugía – Gammaknife, sujeto a evaluación por auditoría médica, se cobertura el 80%.
- m) Estudios genéticos: Solo Mutación del EGFR, translocación ALK y expresión del PDL1, se cobertura el 85%.

En cualquier caso, excepto el titular afiliado, si los gastos por el servicio superan los límites de cobertura anual, éstos serán asumidos al 100% por el afiliado o asegurado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.

2.- EXCLUSIONES POR TIPO DE PLAN SALUD

a.- PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD FAMILIAR Y PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD PADRES

Los servicios que no serán cubiertos por la IAFAS-FOSFAP (Aplica para titulares, derechohabientes y padres) son todos los siguientes:

- 1) Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño.
- 2) Cirugía estética, cosmética o reconstructiva.
- 3) Cirugía reconstructiva como consecuencia de un accidente o por enfermedad cubierta anteriormente por este seguro u otro seguro Extra FAP.
- 4) Tratamiento quirúrgico y farmacológico de la obesidad.
- 5) Ginecomastia y Gigantomastia.
- 6) Queratotomía o queratoplastia (trasplante de córnea).
- 7) Prótesis para afaquias y ayudas para baja visión.
- 8) Implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, como lente intraocular. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción, excepto los considerados en el PEAS

vigente. Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.

- 9) Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, cirugía de frenillos, prótesis e implantes dentales. Asimismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales, pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.
- 10) Cirugías odontológicas (Excepto las consideradas en el Capítulo IV del presente manual), cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación temporomandibular. prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- 11) Tratamientos, estudios y/o cirugías relacionadas con infertilidad primaria y/o adquirida, así como todo tratamiento con fines de fertilización o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in vitro, disfunción eréctil o cambio de sexo.
- 12) Procedimientos de Criopreservación o Criogénéticos.
- 13) Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias); escleroterapia de várices.
- 14) Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 15) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 185 días calendario.
- 16) Leches maternizadas. Excepto en casos de imposibilidad documentada de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y

exclusivamente durante la etapa puerperal y para casos de recién nacido de Madre VIH (+).

- 17) Lesiones a causa de peleas, riñas, excepto que se demuestre que se ha actuado en legítima defensa, para lo cual deberá de presentar denuncia policial.
- 18) Accidentes de Tránsito generados por vehículos no identificados y que luego se dieron a la fuga, en los que los gastos de salud son asumidos por el Fondo de Compensación del SOAT.
- 19) Accidentes y secuelas como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo y otros). Excepto en representación o función en su Institución (actividades FAP).
- 20) Las atenciones o exámenes para procesos de ascenso, asimilación y/o de rutina para personal militar.
- 21) Gastos relacionados a evaluaciones para la obtención de licencias, empleos u otros.
- 22) Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Esta exclusión aplica sólo a familiares y padres.
- 23) Tratamiento podiátrico o quiropráctico.
- 24) Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, equino-varo y callos.
- 25) Soporte para zapatos de cualquier tipo.
- 26) Ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional.
- 27) Tratamientos de disfunción sexual.
- 28) Medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropraxia y similares. Asimismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma

queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.

- 29) Tratamientos y/o cirugías no reconocidas por el Colegio Médico, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.
- 30) Adquisición de medicamentos fuera del PNUME y del Petitorio Farmacológico FAP vigentes sin la autorización previa de la IAFAS-FOSFAP.
- 31) La IAFAS-FOSFAP no reconoce gastos derivados de complicaciones a consecuencia de tratamientos, intervenciones quirúrgicas u operaciones que estén mencionadas en las exclusiones.
- 32) Los reembolsos por desabastecimiento de fármacos y/o insumos en Sanidades y Hospitales FAP.
- 33) Terapia intradomiciliaria.
- 34) Productos Farmacéuticos tales como:
 - a) Energizantes, anabólicos, antioxidantes y estimulantes del apetito.
 - b) Vacunas inespecíficas, lisados de bacterias, toxinas, reconstituyentes y otros similares ya sean indicados como preventivos o como supuestos tratamientos causales y curativos, inmunoestimulantes, inmunoterapia.
 - c) Medicamentos no comercializados a nivel nacional.
 - d) Productos naturales, medicina oriental, medicina homeopática, medicina no tradicional y/o popular.
 - e) Tratamiento con cannabis medicinal y sus derivados, así como la amapola.
 - f) Anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina con fines preventivos o profilácticos.
- 35) Nimodipino. Excepto en casos de hemorragia subaracnoidea.

- 36) Vacunas distintas a las consideradas en el Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud (MINSA).
- 37) En caso de trastornos alérgicos no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos).
- 38) Sueros autólogos.
- 39) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, excepto que el afiliado se encuentre hospitalizado.
- 40) Pruebas de laboratorio, exámenes o estudios moleculares genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo (Excepto las consideradas en el Capítulo IV del presente manual), inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles moleculares. Pruebas moleculares y/o genéticas pronósticas.
- 41) Fármacos como vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales. Excepto las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
- 42) Carboximaltosa de hierro, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
- 43) Tratamiento con Botox (toxina botulínica). Excepto en casos de: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
- 44) Score de Calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiente.

- 45) Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, Star Close, entre otros).
- 46) Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
- 47) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y gastos por transfusiones de los mismos. No se cubre plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- 48) Reembolsos y/o reintegros por atenciones médico-quirúrgicas efectuadas en IPRESS Extra FAP, sin previa autorización de la IAFAS-FOSFAP, excepto en los lugares donde no existan IPRESS FAP.
- 49) Embarazo, proceso de gestación, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados a la IAFAS diferentes a la cónyuge. Excepto hijas menores de 18 años cumplidos.
- 50) Trasplante de órganos y gastos relacionados al trasplante de órganos, adquisición o indemnización por ellos, incluyendo el tratamiento inmunosupresor postrasplante y trasplante de médula ósea.
- 51) Servicio de enfermería particular.
- 52) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados
- 53) Traslado en ambulancia de pacientes en casos no considerados emergencia Tipo 1 y 2.
- 54) Tratamientos experimentales y los gastos ocasionados para su implementación.
- 55) Aparatos auditivos, audífonos, prótesis o implantes para sordera.
- 56) Alopecia androgénica y otras pérdidas de cabello.

- 57) Aparatos ortopédicos, prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas parcial o total de miembros superiores e inferiores. Suministro de muletas y sillas de ruedas.
- 58) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.
- 59) Productos de higiene y uso personal, productos cosméticos, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (foto protectores) para fines preventivos y/o estéticos salvo justificación del médico especialista dermatólogo y aprobación del Comité Farmacoterapéutico, así como los pañales que sólo se cubrirán durante la hospitalización por un periodo máximo de 30 días.
- 60) Compra o alquiler de equipos médicos, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, equipos ambulatorios para rehabilitación en el domicilio del paciente, así como equipos mecánicos y electrónicos.
- 61) Gastos derivados de tratamientos de enfermedades congénitas, raras y huérfanas que superen el tope de cobertura anual establecido por el Estudio Matemático Actuarial y aprobado por la Junta de Administración de la IAFAS-FOSFAP para estos casos.
- 62) Intervenciones quirúrgicas especializadas y adquisición de material ortopédico cubierto por la Ley 29643 “Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú”.

En caso el afiliado ingresará a una IPRESS con un seguro distinto al de IAFAS-FOSFAP, no se reconocerá la cobertura por cambio de seguro.

Cualquier prestación de salud no contemplado en el presente Manual y/o que estuviera excluido 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-FOSFAP. En cualquier caso, todas las exclusiones serán asumidas al 100% por el afiliado o asegurado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.

b.- PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR Y PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO PADRES

Los servicios que no serán cubiertos por la IAFAS-FOSFAP (Aplica para titulares, derechohabientes y padres) son los siguientes:

- 1) Cáncer preexistente.
- 2) Asistencia médica fuera de las IPRESS FAP y/o Extra FAP sin convenio y/o contrato.
- 3) Reembolso por gastos en medicinas fuera de PNUME y Petitorio Farmacológico FAP vigentes, o de marca comercial, atenciones ambulatorias, hospitalizaciones médicas o quirúrgicas, no autorizadas previamente por el Director Ejecutivo de la IAFAS-FOSFAP. Si fuese aprobado el reembolso, estará sujeto a evaluación por auditoría médica.
- 4) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- 5) Chequeos médicos, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación.
- 6) Vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos o productos no medicinales, así como cualquier otro medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- 7) Cirugía plástica y/o estética y/o reconstructiva, así como tratamientos para embellecimiento, incluso aquellos indicados como consecuencia de un tratamiento oncológico cubierto por IAFAS-FOSFAP u otro seguro Extra FAP.
- 8) Gastos en sangre, plasma, albúmina, hemoderivados (excepto en pacientes con leucemia) tejidos, órganos y/o células madre (stem cell).

- 9) Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermeras particulares.
- 10) Gastos de transporte y/o alojamiento en centros no autorizados por la IAFAS-FOSFAP.
- 11) Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas y/o medias antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las ortesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 12) Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, válvulas cerebrales, stent, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos, suturas mecánicas, grapas de piel, etc.
- 13) Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la IPRESS-FAP, así como las complicaciones que se puedan ocasionar por tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de sus indicaciones.
- 14) Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en medicina basada en evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Para el caso de terapia biológica, inmunoterapia y terapias innovadoras deben tener categoría 1 en NCCN. Así como aquellos que no se encuentren debidamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o que no se recomienden en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- 15) Pruebas y exámenes genéticos catalogados como pronósticos.

- 16) El Plan de Salud Oncológico no cubrirá los gastos por cualquier concepto adicional derivado de enfermedades asociadas, como son: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, coagulopatías, tuberculosis, insuficiencia renal, SIDA, Insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, osteoporosis, etc.
- 17) Gastos por enfermedades producidas como consecuencia al tratamiento oncológico.
- 18) Trasplante de órganos y gastos relacionados a este, adquisición o indemnización por ellos, incluyendo el tratamiento inmunosupresor postrasplante.
- 19) Trasplante de médula ósea y gastos relacionados a este.
- 20) Quimioembolización.
- 21) Procedimientos realizados por radiología intervencionista. Sujeto a evaluación por auditoría médica.
- 22) Estudios genéticos y plataformas multigenéticas, a excepción de estudios: Mutación del EGFR, translocación ALK y expresión del PDL1.

En caso el afiliado ingresará a una IPRESS con un seguro distinto al de IAFAS-FOSFAP, no se reconocerá la cobertura por cambio de seguro.

Cualquier prestación de salud no contemplado en el presente Manual y/o que estuviera excluido 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-FOSFAP. En cualquier caso, todas las exclusiones serán asumidas al 100% por el afiliado o asegurado, según corresponda, sin derecho a reembolso o reintegro.

c.- APORTES Y COASEGUROS

- 1) Los aportes y coaseguros, serán propuestos por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP, previo estudio matemático actuarial, a la Junta de Administración para su aprobación.

- 2) El pago del aporte es el requisito necesario para que los afiliados de la IAFAS-FOSFAP continúen recibiendo las prestaciones de salud según el plan contratado.
- 3) Los coaseguros son los costos enfrentados o compartidos por el Contratante (Titular o beneficiario de pensión) en forma porcentual (%) y estos son abonados por cada atención o procedimiento.
- 4) Los coaseguros son de carácter obligatorio y a su vez tienen por objetivo la racionalización del uso de los servicios que brinda la IAFAS-FOSFAP, son establecidos a través de un Estudio Matemático Actuarial y aprobados por la Junta de Administración.
- 5) Las coberturas, aportes y coaseguros podrán ser modificados y aprobados por la Junta de Administración en función a la situación económica-financiera de la IAFAS-FOSFAP.

d.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

- 1) La IAFAS-FOSFAP suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el plan complementario adquirido, en caso el contratante incumpla con el pago de un (01) aporte mensual.
- 2) En caso de incumplimiento en el pago de los aportes sea de tres (03) meses consecutivos o cinco (05) meses alternos, tanto el Contratante (Titular o beneficiario de Pensión) y sus derechohabientes quedarán desafiliados de los planes complementarios, de los cuales se encuentren inscritos; si el contratante desea reafiliarse a los planes complementarios deberá cumplir con los requisitos y condiciones establecidos en el Capítulo V del presente Manual.

e.- MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COASEGUROS

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y coaseguros, la IAFAS-FOSFAP deberá cursar una comunicación escrita manifestando la intención de reajustar tales montos al Contratante (Titular o derechohabiente con derecho a pensión). Con una anticipación no menor a quince días (15) útiles previos al vencimiento del plazo pactado en las pólizas para la vigencia de los aportes y coaseguros.

f.- COBERTURA

- a.- La cobertura económica del Plan Especifico de Salud es ilimitada para el titular y sus derechohabientes dentro de las condiciones asegurables en el (PEAS) aprobado por Decreto Supremo N° 023-2021-SA del 25 de julio de 2021.
- b.- La cobertura económica del Plan Complementario de Salud Familiar y Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar para los titulares es ilimitada. La cobertura prestacional estará sujeta a los límites y exclusiones consideradas en el presente Manual.
- c.- La cobertura económica para cónyuge, derechohabientes y padres en el Plan Complementario de Salud Familiar y Plan Complementario de Salud Padres según corresponda es hasta S/ 80,000.00 anuales por cada familiar afiliado. La cobertura prestacional estará sujeta a los límites y exclusiones consideradas en el presente manual.
- d.- La cobertura económica del Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar y Plan Complementario de Salud Oncológico Padres es ilimitada. La cobertura prestacional se encuentra sujeta a condiciones consideradas en el presente manual.
- e.- La IAFAS-FOSFAP, solo reconoce la cobertura que indica la carta de garantía, siendo ampliada siempre y cuando esta fuese validada por la Sección de Auditoría Médica y autorizada por la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP.
- f.- Los servicios médicos brindados en casos de etiologías no naturales y/o provocadas, así como aquellos cuyas ocurrencias se deriven de la exposición voluntaria del beneficiario a actividades de riesgo no serán cubiertas.
- g.- La atención por maternidad es exclusivamente para el Personal Militar femenino, esposas e hijas menores de 18 años cumplidos del Personal de Oficiales, Técnicos y Suboficiales FAP.
- h.- Las coberturas máximas anuales por grupo Familiar serán establecidas mediante Estudio Matemático Actuarial, deberán contar con la aprobación de la Junta de Administración de la IAFAS y ser comunicadas oportunamente.

- i.- En caso de producirse exceso en la cobertura máxima anual por el Plan Complementario de Salud Familiar para derechohabientes, automáticamente se activará el Plan Específico de Salud quedando sin efecto el Plan Complementario de Salud Familiar hasta el siguiente año.
- j.- Para aquellos afiliados que se encuentren suscritos en el Plan Específico de Salud, en caso las farmacias de SESAN indiquen que los medicamentos de PNUME se encuentran fuera de stock entonces el afiliado podrá adquirir los medicamentos incluidos en Petitorio FAP asumiendo el 100% del valor sólo en IPRESS FAP.
- k.- La IAFAS-FOSFAP, no financia prestaciones de sepelio. En caso de declaratorias de emergencia, declaratorias de emergencia sanitaria por epidemias y/o pandemias, catástrofes, guerras, conflictos internos en los que el poder ejecutivo o el congreso de la república obligue a las IAFAS-FOSFAP a cubrir financiar prestaciones de sepelio. La IAFAS-FOSFAP sólo reconocerá prestaciones de sepelio al Contratante (Titular o beneficiario de pensión) y sus derechohabientes que se encuentren debidamente afiliado mínimamente al Plan Específico de Salud.

g.- COASEGURO POR TIPO DE PLAN DE SALUD

Los siguientes planes entran en vigencia desde enero de 2022¹.

1) Plan Específico de Salud (Titular, cónyuge e hijos)

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	COASEGURO POR MEDICAMENTOS	
				MEDICAMENTOS EN PETITORIO PNUME CON DCI - AMBULATORIAS	MEDICAMENTOS EN PETITORIO PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO
TITULAR	ILIMITADO	10%	10%	10%	10%
CÓNYUGE		20%	15%	30%	20%
HIJOS		20%	15%	30%	20%

¹ Los porcentajes corresponden a la proporción del costo que deberá ser pagada por el afiliado o asegurado.

2) Plan Complementario de Salud Familiar (Titular, cónyuge e hijos)

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	COASEGURO POR SERVICIOS				COASEGURO POR MEDICAMENTOS			
		CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PRIVADAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PRIVADAS	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - AMBULATORIO	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - AMBULATORIO (*)	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - HOSPITALIZADO (*)
TITULAR	ILIMITADO	0%	0%	20%	10%	0%	0%	20%	20%
CÓNYUGE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	20%	10%	20%	10%	40%	30%
HIJOS		20%	10%	20%	10%	20%	10%	40%	30%

(*) Sujeto a evaluación por auditoría médica

3) Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar (Titular, Cónyuge e hijos).

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES ONCOLÓGICOS	COASEGURO POR MEDICAMENTOS		
			MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO
TITULAR	ILIMITADO	0%	0%	20%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCASIONADO POR EL GENÉRICO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
CÓNYUGE		0%	10%	30%	
HIJOS		0%	10%	30%	

4) Plan Complementario de Salud Padres.

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	COASEGURO POR SERVICIOS				COASEGURO POR MEDICAMENTOS			
		CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PÚBLICAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PÚBLICAS Y FF.AA.	CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS PRIVADAS	HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS PRIVADAS	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - AMBULATORIO	MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI - HOSPITALIZADO	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - AMBULATORIO (*)	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA - HOSPITALIZADO (*)
PADRE	HASTA S/. 80,000.00	20%	10%	20%	10%	20%	10%	30%	30%
MADRE		20%	10%	20%	10%	20%	10%	30%	30%

(*) Sujeto a evaluación por auditoría médica

5) Plan Complementario de Salud Oncológico Padres

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES ONCOLÓGICOS	COASEGURO POR MEDICAMENTOS		
			MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO
PADRE	ILIMITADO	10%	10%	30%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCACIONADO POR EL GENÉRICO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
MADRE					

CAPÍTULO V

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE SUSCRIPCIÓN Y AFILIACIÓN

1.- AFILIACIÓN AL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

La afiliación para cualquiera de los regímenes del AUS (Aseguramiento Universal de Salud) activa la obligación de cobertura del PEAS; en todos los casos esta cobertura se extiende a los derechohabientes.

a.- Condiciones de Afiliación

- 1) El Personal Militar será inscrito automáticamente al registro de la IAFAS-FOSFAP, al día siguiente de su alta en la FAP, obteniendo derechos de atención en las IPRESS Públicas y de las FFAA según el PEAS y con el Petitorio Nacional Único de Medicamentos esenciales. Para el acceso al Plan Específico de Salud, la IAFAS-FOSFAP debe captar el aporte patronal (FOSPEMFA) correspondiente al 6% de la remuneración, pensión o propina del contratante (Titular o beneficiario con derecho a pensión)
- 2) Los derechohabientes serán inscritos en el Registro de Familia de la DIAPE y deberán contar con su Carnet de Identificación Familiar, cumplido con este requisito el/la cónyuge y los hijos serán inscritos automáticamente en el registro de afiliados de la IAFAS-FOSFAP.
- 3) Los recién nacidos que hayan sido alumbrados en el Hospital Central FAP (HOSPI), serán automáticamente inscritos temporalmente por el espacio de treinta (30) días, debiendo el titular regularizar el trámite de obtención del Carnet de Identificación Familiar (CIF) ante la Dirección de Administración de Personal (DIAPE).
- 4) Los recién nacidos en Hospitales Regionales, Sanidades o Centros Médicos de convenio, podrán ser inscritos en forma temporal por un periodo de sesenta (60) días, siempre que se comunique a la IAFAS-FOSFAP.
- 5) Al fallecimiento del Titular, el potencial beneficiario de pensión deberá presentar a la IAFAS-FOSFAP el cargo de la solicitud de trámite de pensión y suscribir una declaración jurada, donde se consigne su voluntad

expresa de continuar con el trámite de beneficiario de pensión y continuar con su condición de afiliado al plan.

- 6) Al fallecimiento del Titular, el/la/los beneficiarios deberán presentarse a la IAFAS-FOSFAP, portando los Carnet de Identificación Familiar (CIF) debidamente actualizados con el cambio de situación y la Resolución de Beneficiario de Pensión a fin de obtener la condición de contratante al Plan Específico de Salud; caso contrario permanecerán desafiliados de los planes a los cuales se encuentren adscritos. Cabe precisar que el beneficiario de la pensión adquirirá la condición de contratante; sin embargo, los beneficios otorgados serán según el tipo de parentesco con el contratante original (Titular FAP).
- 7) Al fallecimiento del derechohabientes o familiares dependientes (padres) el contratante (titular o derechohabiente con derecho a pensión) deberá de informar a la IAFAS-FOSFAP para actualizar el estatus del fallecido
- 8) El Personal Militar en situación militar de Disponibilidad que se reincorpore a la situación militar de actividad, deberá obligatoriamente acercarse a DIAPE, a fin de actualizar la situación de la carga familiar que mantenía antes de su cambio de situación.
- 9) Los derechohabientes no necesitan de la voluntad del Titular para poder afiliarse, desafilarse o modificar la información registrada en la IAFAS-FOSFAP, siempre y cuando sea correspondiente a su persona. Esta facultad del derechohabiente es conforme a la regla de afiliación que ha establecido la Ley N° 30183 del 28 de abril de 2014.

2.- AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

a.- Requisitos de Suscripción de Póliza

Para la adscripción de un afiliado a los planes complementarios ofertados por la IAFAS-FOSFAP se deberá contar con los siguientes requisitos:

- 1) Para el acceso de este tipo de planes el asegurado deberá contar con el Plan Específico de Salud.

- 2) La afiliación a los planes complementarios será aplicable a aquellos asegurados en potencia cuya edad sea menor a los 60 años cumplidos. Los asegurados obtendrán el acceso a los beneficios contemplados en dicho plan al culminar el periodo de carencia (Tres meses o a partir del primer día hábil del cuarto mes).
- 3) Deberá presentar la Solicitud de Afiliación (Ver Anexo "A") con los datos generales de los afiliados.
- 4) Deberá presentar la Declaración Jurada de Salud del Contratante (Titular o beneficiario de pensión), cuando se permita su condición de beneficiario.
- 5) Copia del Carnet de Identificación Familiar (CIF).
- 6) El asegurado puede optar por el descuento de pensión o planilla mediante el Formato de Autorización de Descuento (Ver Anexo "B") según corresponda.

b.- Condiciones de Afiliación

- 1) Al fallecimiento del Titular, el potencial beneficiario de pensión deberá presentar a la IAFAS-FOSFAP el cargo de la solicitud de trámite de pensión y suscribir una declaración jurada donde se consigne su voluntad expresa de continuar con el trámite de beneficiario de pensión.
- 2) Al fallecimiento del Titular, el/la/los beneficiarios deberán presentarse a la IAFAS-FOSFAP, portando los Carnet de Identificación Familiar (CIF) debidamente actualizados con el cambio de situación y la Resolución de Beneficiario de Pensión a fin de obtener la condición de contratante al Plan Complementario de Salud; caso contrario permanecerán desafiados de los planes a los cuales se encuentren adscritos. Cabe precisar que el beneficiario de la pensión adquirirá la condición de contratante; sin embargo, los beneficios otorgados serán según el tipo de parentesco con el contratante original (Titular FAP).
- 3) Al fallecimiento de los derechohabientes o familiares dependientes (padres), el contratante (titular o derechohabiente con derecho a pensión) deberán comunicar a la IAFAS-FOSFAP para la actualización correspondiente del estatus de afiliación.

- 4) Los derechohabientes no necesitan de la voluntad del Titular para poder afiliarse, desafilarse o modificar información registrada en la IAFAS-FOSFAP, siempre y cuando sea correspondiente a su persona. Esta facultad del derechohabiente es conforme a la regla de afiliación que ha establecido la Ley N° 30183 del 28 de abril de 2014.
- 5) En caso de cualquier reticencia, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a la condición de salud de los asegurados, consignada en la Declaración Jurada de Salud, constituye incumplimiento de las obligaciones del afiliado y, en consecuencia, la IAFAS-FOSFAP se reserva la facultad de aplicar las medidas pertinentes cuando se susciten dichas faltas.
- 6) Los padres que hayan sido desafilados voluntariamente, según formato de la IAFAS-FOSFAP por incumplimiento de pagos quedan prohibido de reingresar como afiliados a la IAFAS-FOSFAP.
- 7) El afiliado titular del grupo familiar puede solicitar la incorporación de nuevos beneficiarios con derecho, para ello deberá de contar con la Declaración Jurada de Salud respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación.

3.- DESAFILIACIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

- a.- El afiliado Hijo(a) al cumplir los 28 años de edad será desafiliado del Plan Específico de Salud, perdiendo el derecho a la reafiliación.
- b.- El afiliado Hijo(a), menor a los 28 años cumplidos, al contraer matrimonio será dado de baja del Plan Específico de Salud, perdiendo el derecho a la reafiliación aunque se divorcie.
- c.- La afiliada Hija, mayor de 18 y menor de 28 años cumplidos, al quedar embarazada será dada de baja del Plan Específico de Salud, perdiendo el derecho a la reafiliación.
- d.- Por divorcio en el caso del cónyuge del Contratante (Titular).
- e.- El viudo(a) (beneficiario de pensión) por contraer matrimonio.
- f.- Desafiliación a solicitud, cabe precisar que esta modalidad aplica únicamente para los derechohabientes, ya que los contratantes (Titulares o beneficiarios con derecho a pensión),

por el cual el Estado aporta el 6% de la remuneración, pensión o propina, siempre deben tener la calidad de afiliado debido a que son una población asegurada que la misma ley los ha asignado a la IAFAS-FOSFAP. Asimismo, es requisito indispensable adjuntar la Declaración Jurada y copia de DNI del beneficiario a ser desafiliado.

- g.- Desafiliación por fallecimiento; en caso que fallezca el contratante todos los derechohabientes son desafiliados para lo cual el beneficiario de la pensión deberá regularizar la adscripción del Plan Específico de Salud. Por otro lado, la desafiliación de los derechohabientes será de carácter individual.

Cabe precisar que el desafiliarse del Plan Específico de Salud por alguno de los motivos o eventos descritos en los literales precedentes, acarrea la exclusión de los planes complementarios para los afiliados que se encuentren adscritos a estos tipos de planes.

Finalmente, se tendrá en consideración un periodo de latencia de tres (03) meses contados a partir de la desafiliación del Plan Específico de Salud.

4.- DESAFILIACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

- a.- En caso que el Contratante (titular o beneficiario de pensión) deje de abonar a la IAFAS-FOSFAP la prima o aporte facultativo durante un periodo de tres meses consecutivos o cinco meses alternos, tanto el Contratante (titular o beneficiario de pensión) como sus derechohabientes quedarán desafiliados de los planes que se encuentren adscritos (Plan Complementario de Salud Familiar, Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar, Plan Complementario de Salud Padres y Plan Complementario de Salud Oncológico Padres) según corresponda.
- b.- El retiro voluntario a los planes complementarios podrá ser realizado mediante la presentación de la Ficha de Solicitud de Desafiliación (ver Anexo "D") por el contratante (titular o el familiar que acceda a pensión); cabe precisar que para proceder con la desafiliación no debe presentar devengados pendientes de pago.
- c.- Asimismo, es requisito indispensable adjuntar la Declaración Jurada y copia de DNI del beneficiario a ser desafiliado.

- d.- El Plan Complementario de Salud Padres y Plan Complementario de Salud Oncológico Padres guardan relación de dependencia, por lo cual la desafiliación de alguno de ellos acarrea pérdida del otro plan dependiente.
- e.- Asimismo, el contratante o titular no tendrá opción a la devolución de los aportes realizados por ser de carácter cancelatorio, salvo que se hayan realizado abonos por adelantado.
- f.- Desafiliación por fallecimiento: en caso que fallezca el contratante todos los derechohabientes son desafiliados, para lo cual el beneficiario de la pensión deberá regularizar la adscripción del Plan Específico de Salud. Por otro lado, la desafiliación de los derechohabientes será de carácter individual.
- g.- El afiliado Hijo(a) al cumplir los 28 años de edad será dado de baja de los planes complementarios que se encuentre adscrito, perdiendo el derecho a la reafiliación.
- h.- El afiliado Hijo(a), menor a los 28 años cumplidos, al contraer matrimonio será dado de baja de los planes complementarios que se encuentre adscrito, perdiendo el derecho a la reafiliación aunque se divorcie.
- i.- La afiliada Hija, mayor de 18 y menor de 28 años cumplidos, al quedar embarazada será dada de baja de los planes complementarios de salud que se encuentre adscrita, perdiendo el derecho a la reafiliación.
- j.- El desafiliarse del Plan Específico de Salud, acarrea la exclusión de los planes complementarios para los afiliados que se encuentren adscritos a estos tipos de planes.

Cabe precisar que el periodo de latencia solo aplica para el Plan Específico de Salud.

5.- INICIO DE COBERTURA DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

La IAFAS-FOSFAP activará automáticamente el acceso a los beneficios contenidos en el Plan Específico de Salud de aquellos potencialmente asegurados (titulares y derechohabientes) que se encuentren debidamente registrados en la Base de Datos de DIGPE.

6.- INICIO DE COBERTURA DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

- a.- Para el caso del Plan Complementario de Salud Familiar serán activados después de culminar el periodo de carencia (tres meses de aportes), obteniendo el asegurado el acceso a los beneficios del plan a partir del primer día hábil del cuarto mes.
- b.- Para los casos de emergencia se brindarán servicios de prestaciones de salud a los afiliados que se identifiquen con el DNI y se acredite que los asegurados se encuentran adscritos a los planes de salud ofertados por la IAFAS-FOSFAP.
- c.- La cobertura de las prestaciones oncológicas, será de manera posterior al culminar el periodo de carencia y tras la presentación de la respectiva solicitud de activación (ver Anexo "C") en la sección de afiliación de la IAFAS-FOSFAP, adjuntando el informe del diagnóstico Anatomopatológico con resultado concluyente positivo para cáncer.
- d.- De forma excepcional, cuando por razones estrictamente médicas no sea posible o recomendable que el afiliado cumpla con la realización previa del diagnóstico Anatómico Patológico, pero cuente con evidencia clínica, imagenología y/o bioquímica que sugiera la indubitable posibilidad de neoplasia maligna, se procederá a eximir al afiliado de la exigencia contemplada en el literal c), pudiendo condicionar la cobertura al resultado de patología postquirúrgico.
- e.- Las IPRESS Extra FAP, podrán brindar servicios de salud y oncológicos, recepcionada la carta de garantía emitida por la IAFAS-FOSFAP. Las cartas de garantía tendrán una vigencia especificada a partir de la fecha de emisión.

7.- SUSPENSIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

- a.- A los hijos de los Contratantes (titulares o beneficiarios de pensión) cuando cumplan los 18 años de edad. Asimismo, anualmente se validará la renovación del CIF, en caso no contar con dicha actualización del carné, se procederá con la suspensión del Plan Especifico de Salud.

Cabe precisar que al ser suspendido del Plan Específico de Salud, los asegurados también quedarán suspendidos de los planes complementarios (Plan Complementario de Salud Familiar, Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar) según corresponda.

8.- SUSPENSIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

- a.- A aquellos que no realicen el pago oportuno de los aportes establecidos durante un (01) mes, se suspenderá al Contratante (titular o beneficiario de pensión) y a sus derechohabientes y padres de ser el caso; hasta que se regularice el pago correspondiente.
- b.- A los hijos de los Contratantes (titulares o beneficiarios de pensión) cuando cumplan los 18 años de edad. Asimismo anualmente se validará la renovación del CIF. En caso no contar con dicha actualización del carné se procederá con la suspensión de los planes complementarios según corresponda.

9.- REACTIVACIÓN AL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

Para los hijos mayores de edad que se encuentren en estado suspendido serán reactivados tras la renovación del CIF en la DIAPE y la validación correspondiente por parte de la IAFAS-FOSFAP de no exceder los 28 años cumplidos.

10.- REACTIVACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

- a.- Para los afiliados que se encuentren en estado suspendido, serán reactivados una vez se verifique la captación de los aportes o primas establecidas en los planes complementarios de salud.
- b.- Para los hijos mayores de edad que se encuentren en estado suspendido serán reactivados tras la renovación del CIF en la DIAPE y la verificación por parte de la IAFAS-FOSFAP de la captación de los aportes o primas establecidas en los planes complementarios de salud.

Cabe precisar que la reactivación de los planes complementarios en salud es posible siempre y cuando no se haya ejecutado el proceso de desafiliación (3 meses consecutivos o 5 meses alternos de no captar los aportes o primas correspondientes)

CAPÍTULO VI

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD

Proceso por el cual la IAFAS-FOSFAP, a través de convenios o contratos, pactan con las IPRESS las condiciones generales y específicas de servicio para los asegurados, a cambio de una contraprestación, evaluando su cumplimiento.

1.- CONTRATOS Y CONVENIOS

- a.- Los convenios se darán de acuerdo al intercambio prestacional o por compra de servicios de salud. La IAFAS-FOSFAP, podrá suscribir libremente contratos o convenios con IPRESS, UGIPRESS o IAFAS públicas, privadas o mixtas de su elección, ya sea de terceros, de su propiedad o vinculadas económicamente, en base a la normatividad del intercambio prestacional o de compras de servicios de salud según los tarifarios publicados y eliminando el subsidio cruzado. Los convenios o contratos que se suscriban tendrán por objeto brindar prestaciones de salud en beneficio de los beneficiarios de la IAFAS-FOSFAP dentro del territorio nacional.
- b.- Las tarifas en el intercambio prestacional no tienen fines de lucro y son aprobadas entre las partes.
- c.- Las condiciones mínimas que se deben cumplir para suscribir convenios y contratos para el intercambio prestacional o la compra de servicios de salud deberán de regirse por la normativa vigente.
- d.- Los convenios y contratos que suscriba IAFAS-FOSFAP, sólo se realizan con IPRESS, UGIPRESS, DIRIS, DIREAS, GERESAS, inscritas en SUSALUD.

2.- LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- a.- Las prestaciones de salud preventivas promocionales se realizarán en la Red de IPRESS FAP, independientemente del tipo de plan contratado.
- b.- Las prestaciones de salud y oncológicas se otorgarán exclusivamente en territorio nacional y acorde a la Red de IPRESS contenidas en cada tipo de plan ofertado por la IAFAS-FOSFAP.

- c.- Con el fin de asegurar la accesibilidad, oportunidad y calidad de las prestaciones de salud a los beneficiarios, se podrán atender en IPRESS Extra FAP donde la IAFAS-FOSFAP haya suscrito convenio y/o contrato, solo cuando la capacidad resolutive de la IPRESS-FAP, supere lo requerido. Para las atenciones de provincia, las IPRESS FAP y Sanidades brindarán prestaciones de salud en base a su categorización; de lo contrario deberán efectuar la referencia de los afiliados a las IPRESS Extra FAP donde la IAFAS-FOSFAP haya suscrito convenio y/o contrato.
- d.- En las provincias donde no haya IPRESS FAP, los beneficiarios podrán acceder a las prestaciones de salud mediante el mecanismo de reembolso, el cual se detalla a mayor profundidad en el Capítulo VII.
- e.- La atención en centros Extra FAP se efectivizará cuando haya sido autorizados por el Médico Tratante y el Jefe del Departamento de Sanidad FAP en el área de Lima y Callao y por el médico tratante de la IPRESS FAP fuera de Lima, sujeto al Tarifario de convenio y/o contrato vigente, previa aprobación de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP.
- f.- La elección de la prestación en IPRESS Extra FAP al que será referido el paciente es en base al listado actualizado de convenios y contratos vigentes que cumplan con los estándares de calidad para la atención estipuladas por SUSALUD.
- g.- Si la IPRESS FAP o Extra FAP de convenio no cuenta con la capacidad resolutive para brindar la prestación de salud solicitada, la IAFAS-FOSFAP tiene la facultad de autorizar al afiliado la elección de la IPRESS que cuente con la capacidad resolutive para la atención requerida. Dicha atención se brindará mediante modalidad de reembolso.

CAPÍTULO VII

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE SINIESTROS

1.- REEMBOLSOS

- a.- Los reembolsos por gastos en atenciones médico-quirúrgicas efectuadas en Centros Médicos Extra FAP a nivel nacional se efectivizarán siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios:
- 1) Atenciones de emergencia (tipo 1 y 2) realizadas en Lima y Provincias.
 - 2) Atenciones de emergencia (tipo 1, 2, 3 y 4) a afiliados que residen en zonas del territorio nacional que no cuentan con Sanidad FAP ni IPRESS Extra FAP de convenio.
 - 3) Atenciones ambulatorias a afiliados que residen en zonas del territorio nacional que no cuentan con Sanidad FAP ni IPRESS Extra FAP de convenio.
 - 4) Atenciones ambulatorias en IPRESS Extra FAP que no son de convenio, siempre y cuando la IPRESS FAP emita orden médica o formato de referencia validado por el médico tratante y la IPRESS Extra FAP de convenio no cuente con capacidad resolutive para atención de lo solicitado o el afiliado se encuentre geográficamente alejado de las Sanidades FAP.
 - 5) Atenciones de salud brindadas en IPRESS Extra FAP en el marco de emergencia sanitaria (sujeto a auditoría médica).
- b.- Toda solicitud de reembolso estará sujeta a evaluación por auditoría médica.
- c.- En caso el titular no pueda presentar personalmente la solicitud de reembolso, este deberá anexar una carta poder simple al familiar responsable de la solicitud.
- d.- Las emergencias ocurridas en ciudades de provincia donde exista IPRESS FAP, deberán remitir el sustento de la emergencia por su unidad correspondiente.

- e.- Sólo se aceptarán solicitudes de reembolso presentadas hasta en un plazo máximo de tres (03) meses posteriores de realizada la prestación.
- f.- Sólo se aceptarán solicitudes de prestaciones de salud consideradas en este Manual y planes de salud vigentes.
- g.- Los reembolsos de ser aprobados, serán atendidos de acuerdo a tarifario de IPRESS de convenio.
- h.- Si la IPRESS FAP o Extra FAP de convenio no cuenta con la capacidad resolutive para brindar la prestación de salud solicitada, la IAFAS-FOSAP tiene la facultad de autorizar al afiliado la elección de la IPRESS que cuente con la capacidad resolutive para la atención requerida. Dicha atención se brindará mediante modalidad de reembolso.
- i.- Los documentos que se deberán presentar para solicitar reembolso son:
 - 1) Solicitud dirigida al Director Ejecutivo de IAFAS-FOSFAP.
 - 2) Sustento de atención médica (orden médico, informe médico y/o recetas donde se consigne el nombre completo del paciente, diagnóstico, sello y firma del médico tratante).
 - 3) Copia de historia clínica (para atenciones de emergencia y hospitalaria).
 - 4) Detalle de liquidación o reporte de atención hospitalaria (de ser el caso).
 - 5) Boleta electrónica a nombre del paciente y/o titular (original y copia).
 - 6) Recibo por honorarios electrónico del profesional de salud (de ser el caso) dirigido a nombre del paciente o titular.
 - 7) Cuadro resumen en el que se detalle la relación de comprobantes de pago y el importe correspondiente a reembolsar.
 - 8) Copia de DNI y número de celular del titular.
 - 9) Número de cuenta y CCI del banco al cual se requiere el reembolso (sólo del titular).

- j.- No se reembolsarán atenciones odontostomatológicas (excepto en provincias en las que no existan IPRESS FAP).
- k.- No se reembolsarán coaseguros por atenciones recibidas en otros seguros de salud.
- l.- No se reembolsarán medicamentos o insumos que no hayan sido entregados en farmacias FAP por falta de stock.

CAPÍTULO VIII

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

1.- PROCEDENCIA DE LOS RECURSOS DE LA IAFAS-FOSFAP

La IAFAS-FOSFAP, administra recursos de régimen contributivo, recibe los aportes del empleador y los aportes facultativos de personal titular en beneficio del mismo y sus derechohabientes; así como, los aportes de los padres, a fin de financiar los planes de salud ofertados.

2.- RECURSOS ECONÓMICOS

Constituyen recursos económicos de la IAFAS-FOSFAP los siguientes:

- a.- Los recursos provenientes del aporte obligatorio del Estado establecidos 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” del 09 de diciembre de 2012, para el aseguramiento de la 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, que es el equivalente al seis por ciento (6%) de la remuneración consolidada, pensión o propina, según corresponda.
- b.- Los recursos provenientes de la cooperación nacional o internacional no reembolsable, donaciones de personas naturales y jurídicas públicas y privadas, nacionales y extranjeras, legados o similares.
- c.- La rentabilidad obtenida por la inversión de sus recursos.
- d.- Los activos o saldos positivos que se obtengan después de la expedición de los Balances de los Fondos de Salud de las Fuerzas Armadas - FOSPEMFA, creados mediante Decreto Supremo N° 245-89-EF que pasarán a las IAFAS de las Fuerzas Armadas de cada Institución Armada de origen. Dichos activos o saldos pasarán a cada Fondo según su correlación.

- e.- Los aportes facultativos o primas del contratante (Titular o familiar con derecho a pensión) por la adscripción a los planes complementarios ofertados, los cuales serán determinados por un estudio matemático actuarial cada dos (02) años; con sus respectivos coaseguros.
- f.- Otros recursos que se establezcan con tal fin por norma expresa.
- g.- Los recursos económicos de la IAFAS-FOSFAP son independientes de los recursos presupuestales anuales que para el rubro de salud considera el Pliego Presupuestario 005 Fuerza Aérea del Perú.
- h.- Los recursos de la IAFAS-FOSFAP son de carácter intangible e inembargable y serán empleados exclusivamente para la atención de la salud de sus afiliados.

3.- PRESUPUESTO

- a.- La programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestal será responsabilidad de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS-FOSFAP.
- b.- La aprobación del presupuesto anual será responsabilidad de la Junta de Administración de la IAFAS-FOSFAP.
- c.- Los gastos de funcionamiento administrativo no podrán ser mayores al 10% de la ejecución de ingresos totales del presupuesto.

4.- INVERSIONES Y FIDEICOMISOS

- a.- La IAFAS-FOSFAP, con autorización de la Junta de Administración, podrá realizar inversiones financieras que contribuirán a la sostenibilidad del fondo, de acuerdo al procedimiento y políticas establecidas en la Directiva de inversiones correspondiente.
- b.- La IAFAS-FOSFAP, podrá suscribir contratos de fideicomiso y demás contratos civiles y comerciales previstos en el marco normativo vigente con autorización previa de la Junta de Administración.

5.- PATRIMONIO

El patrimonio de la IAFAS-FOSFAP estará constituido por los inmuebles, bienes muebles, equipos, materiales y recursos económico-financieros propios.

6.- RESERVA TÉCNICA

La IAFAS-FOSFAP como medida preventiva deberá contar con una Reserva Técnica, la cual estará conformada por la deducción de un porcentaje de los ingresos totales anuales (aportes) hasta un monto máximo que será determinado mediante estudio matemático actuarial correspondiente y que deberá ser utilizado exclusivamente para cubrir casos de emergencia (Ley N° 29664 “Ley del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre” del 19 de febrero de 2011) producidos por situaciones excepcionales tales como epidemias, pandemias, desastres naturales, guerra exterior, insurgencia y otros de naturaleza similar que afecten a gran porcentaje de afiliados a la IAFAS-FOSFAP, previa evaluación y aprobación de la Junta de Administración.

7.- ESTADOS FINANCIEROS

a.- La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), presentará a SUSALUD los siguientes documentos, de acuerdo a sus requerimientos:

- 1) Estados Financieros: Balance General, Estado de Gestión, Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, Estado de Flujo en Efectivo y Notas a los Estados Financieros.
- 2) Balance Constructivo o Balance de Comprobación.

Adicionalmente, cada dos años y al mes siguiente de su realización la IAFAS-FOSFAP presentará a SUSALUD copia del Informe y de sus Estados Financieros auditados.

b.- El sistema económico y financiero de la IAFAS-FOSFAP, está sujeto a los procedimientos de control vigentes, de acuerdo a lo establecido por las normas del Sistema Nacional de Control.

c.- La documentación que sustenta las operaciones administrativas y financieras que tienen incidencia contable ya registradas, conforme lo disponen las normas de contabilidad, debe ser adecuadamente conservada y custodiada para las acciones de fiscalización y control.

8.- ESTUDIOS ECONÓMICOS FINANCIEROS

La IAFAS-FOSFAP, con la aprobación de la Junta de Administración, podrá realizar los siguientes estudios:

- a.- Estudio matemático actuarial cada dos (02) años, a fin de determinar la reserva técnica y de provisión, la sostenibilidad de los planes de salud.
- b.- Formular y ejecutar los estudios de costos.
- c.- Diseño de tarifarios.
- d.- Proyectos de sistematización de información.
- e.- Estudios financieros actuariales que se requieran.
- f.- Sostenibilidad de planes de salud.

9.- FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD CON IPRESS HOSPI Y SESAN SEGUN DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1173.

La segunda disposición complementaria transitoria del Decreto Legislativo N° 1173 del 07-12-2013, establece que en tanto se implemente los alcances de la indicada norma, El Fondo de Salud de la FAP continuará con el financiamiento de medicamentos, equipamiento, bienes, infraestructura y servicio. En tal sentido la IAFAS-FOSFAP realizará las siguientes acciones:

- a.- Para el financiamiento de servicios de salud con el Hospital Central FAP (HOSPI) y el Servicio de Sanidad y Farmacia (SESAN) suscribirán “Convenios Interinstitucionales” donde establezcan el objeto del convenio, obligaciones de las partes involucradas, procedimiento de contratación, la documentación fuente, rendición de cuenta y otras cláusulas que consideren relevantes para normar las responsabilidades y operatividad a fin de continuar con el financiamiento de prestaciones de salud en la Red de IPRESS FAP.
- b.- Teniendo en cuenta que el financiamiento del 100% en prestaciones de salud es realizada mediante transferencia de fondos a la cuenta corriente de la IAFAS-FOSFAP asignada al SESAN y HOSPI bajo la modalidad de encargo; ambos entes deberán realizar los procedimientos administrativos correspondientes para que los coaseguros, los cuales son

abonados por los asegurados que acceden a algún tipo de prestación de salud y se encuentran estipulados en los planes de salud vigentes, sean retornados a las cuentas asignadas por la IAFAS-FOSFAP. Ello debido a que los recursos previstos en el Artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1173, así como los coaseguros que se reciban, son recursos de carácter intangible e inembargable, debiendo ser utilizado exclusivamente para la atención integral de salud.

- c.- La IAFAS-FOSFAP tendrá en consideración la captación de los coaseguros por parte del SESAN y HOSPI para la reasignación correspondiente del Certificado de Crédito Presupuestario (CCP) a fin de que las unidades pertenecientes al Sistema de Salud de la FAP puedan ejecutar procesos de adquisición de prestaciones de salud; siempre y cuando sea de carácter prioritario.

CAPÍTULO IX

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE ASEGURADOS

1.- CONSULTAS, RECLAMOS Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- a.- Los afiliados pueden hacer consultas de manera gratuita mediante los canales puestos a disposición por la IAFAS-FOSFAP.
- b.- Los afiliados cuentan con los siguientes medios para la presentación de reclamos en la plataforma de atención del usuario en salud de la IAFAS-FOSFAP:
 - 1) Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en la oficina de IAFAS-FOSFAP y virtual en la página web.
 - 2) Carta Simple dirigida a la IAFAS-FOSFAP.
- c.- El plazo establecido para la atención de los reclamos no excede de los 30 días hábiles, contados desde el día siguiente de recepción por la IAFAS, IPRESS y UGIPRESS.
- d.- De no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, el recurrente puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversia ante el centro de conciliación y arbitraje-CECONAR de SUSALUD, de conformidad con el Decreto Supremo N° 002-2019-SA “Aprueban Reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas” del 31 de enero de 2019.

CAPÍTULO X

RESPONSABILIDADES

1.- DE LOS INTEGRANTES DE LA JUNTA DE ADMINISTRACIÓN DE LA IAFAS-FOSFAP

- a.- Cumplir estrictamente las regulaciones en el ámbito de su competencia establecidas en el presente Manual, así como desempeñar eficientemente sus funciones, atribuciones y responsabilidades contenidas en la Ordenanza correspondiente.
- b.- Resolver en sesión Junta de Administración cualquier duda que surgiera en la aplicación del presente Manual, así como los casos no previstos en el mismo, siendo su resolución definitiva.

2.- DEL DIRECTOR DE SANIDAD

- a.- Controlar las actividades relacionadas con la atención integral de salud individual, colectiva y de medicina aeronáutica que efectúen los órganos prestadores de servicios de salud del Sistema de Sanidad de la FAP (SISAN), en beneficio de los usuarios.
- b.- Recabar, procesar y utilizar la información en salud para la toma de decisiones.
- c.- Controlar el cumplimiento de las funciones asignadas a los órganos integrantes del SISAN.

3.- DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL, COMANDANTE DEL SERVICIO DE SANIDAD Y FARMACIA E IPRESS FAP DE LIMA Y PROVINCIAS

- a.- Remitir mensualmente la rendición de cuentas debidamente documentada de los fondos remitidos por la IAFAS-FOSFAP en los plazos establecidos.
- b.- Remitir oportunamente el detalle de los consumos para el control de la cobertura.

- c.- Brindar las facilidades necesarias a fin que la IAFAS-FOSFAP realice las labores de auditoria médica.
- d.- Implementar sistemas de control de los consumos mediante auditorias médicas propias.
- e.- El HOSPI deberá comunicar a la IAFAS-FOSFAP, los casos oncológicos que por su nivel de complejidad deban ser derivados a otros centros especializados, adjuntando la documentación respectiva del Comité Oncológico.

4.- DEL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS-FOSFAP

- a.- Proponer las modificaciones para mantener actualizado el presente Manual FAP.
- b.- Controlar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Manual FAP.
- c.- Presidir y convocar el Comité de Evaluación de Casos Especiales (CECE).

5.- DEL PERSONAL MILITAR TITULAR

- a.- Inscribir oportunamente a sus derechohabientes en la Dirección de Administración de Personal, para la emisión del Carnet de Identificación Familiar.
- b.- Cancelar los respectivos coaseguros y los aportes de los planes de salud adscritos de forma oportuna.
- c.- Mantener vigente el Carnet de Identificación Familiar.
- d.- Comunicar oportunamente a la IAFAS-FOSFAP, el cambio de situación militar, indicando el tipo de pensión con la que cuenta, si es el caso, (MONTEPIO, CAMIP).
- e.- Informar y mantener informado a sus derechohabientes sobre los beneficios, limitaciones y otros alcances que otorga la IAFAS-FOSFAP.

- f.- Comunicar en forma oportuna y obligatoria a la IAFAS-FOSFAP, el fallecimiento de los familiares afiliados, a fin de proceder a su exclusión del sistema y suspender el descuento correspondiente.

ALFONSO JAVIER ARTADI SALETTI
General del Aire
COMANDANTE GENERAL DE LA FAP



DISTRIBUCIÓN: "A"

DOCUMENTO OFICIAL AUTÉNTICO



Firmado digitalmente por
MARTINELLI ECHEGARAY Jose
Antonio FAU 20144364059 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08.02.2023 09:13:03 -05:00

JOSÉ ANTONIO MARTINELLI ECHEGARAY
Mayor General FAP
SECRETARIO GENERAL DE LA
COMANDANCIA GENERAL DE LA FAP

FORMATO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN



Solicitud de Afiliación N° 0000001

Cel: 953 744 386 E-Mail: afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe

- Plan Específico de Salud
 Plan Complementario de Salud Familiar
 Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar

I. DATOS DEL CONTRATANTE											
Apellido Paterno:			Apellido Materno:								
Nombres:					NSA Titular FAP:						
DNI / CE / PAS:											
Nacionalidad:		Sexo:		Fecha Nacimiento:							
Profesión u Ocupación:				Día		Mes		Año		Estado Civil:	
Dirección:						Distrito:					
Provincia:			Departamento:			Correo electrónico:					
Teléfono de Domicilio:			Teléfono Oficina:			Celular:					

II. DATOS DE LOS DEPENDIENTES: (Llenar sólo en caso que los dependientes también se afilien)					
Cod.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	DNI	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

III. DECLARACION JURADA DE SALUD												
1	Usted o sus dependientes por afiliar han padecido o padecen alguna alteración o enfermedad, dolencias o afecciones ya sean adquiridas o desde nacimiento descritas a continuación:	Titular	Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4		Dependiente 5	
		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO				
	1.1 Trastornos Neurológicos (Epilepsia, convulsiones, parálisis, etc.) Otros:											
	1.2 Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta, alergias, pulmones, fríos Otros:											
	1.3 Enfermedades del corazón (infarto, hipertensión arterial, arritmia, etc.) Otros:											
	1.4 Enfermedades del hígado (hígado graso, hepatitis, cirrosis, etc.) estómago, colon, vesícula biliar, diabetes Otros:											
	1.5 Enfermedades del riñón, próstata, vejiga, órganos reproductivos, (artritis, gota, etc.), enfermedades de la sangre (anemia, SIDA, etc.) Otros:											
2	Ha sido alguna vez, diagnosticado, medicado o tratado por uso de alcohol o drogas?											
3	¿Alguna vez ha tenido o tiene algún tipo de tumoración, sea benigna o maligna (cáncer)?											
4	¿Alguna vez ha tenido algún procedimiento o intervención quirúrgica, ya sea en consultorio o sala de operaciones por algún accidente o enfermedad? Especifique:											
5	Para mujeres solamente: Se encuentra en estado de gestación? Ha detectado anomalía en sus glándulas mamarias? Ha requerido o requiere algún tratamiento u operación propia de su sexo?											
6	Le han aconsejado o han recibido consulta médica, cuidado, tratamiento o ha tomado medicina para: ¿Cuál?											
7	Si usted o sus dependientes, marcaron SI en alguna de las preguntas anteriores (del N° 1 al 6); especifique colocando lo que corresponda a cada afiliado.											
	Motivo	Hospital / Clínica	Fecha	Situación Actual	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5		

**Man. FAP 160-3
Anexo "A"**

8	Consumo de tabaco:				Cigarrillos al día:	Años de consumo:	
	Titular	SI	NO				
	Depen- diente 1	SI	NO				
	Depen- diente 2	SI	NO				
	Depen- diente 3	SI	NO				
	Depen- diente 4	SI	NO				
	Depen- diente 5	SI	NO				
9	Han estado asegurados en alguna EPS? Especifique:						
10	Historia Familiar:						
	- Diabetes				- Enfermedad Cardiovascular		
	- Asma				- Cáncer		
	- Hipertensión						

IV. EN CASO DE EMERGENCIA:			
Nombre y Apellidos:		Teléfonos:	
Dirección:		Parentesco:	

V. DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE Y SUS DEPENDIENTES:
Bajo declaración jurada manifiesto:
Que la información aquí proporcionada así como la Declaración de Salud que es parte del presente documento es completa, cierta, veraz y que cualquier omisión reticencia, disminución o falsedad, anulada de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación del programa contratado.
Que sólo la Oficina de Afiliación de la IAFAS FOSFAP tiene facultad de resolver sobre la aceptación de esta solicitud en relación a la identificación y determinación de pre-existencias.
Que es de mi entendimiento que el convenio se resuelve de hecho por falta de pago de tres cuotas mensuales consecutivas y cinco alternas, que la incorporación resultante de este documento podrá ser resuelta por el afiliado por escrito con una anticipación de 30 días, debiendo estar al día en sus pagos.
Declaro conocer que el Plan de Salud contratado reconoce parcialmente enfermedades preexistentes o congénitas, por lo que autorizo a la IAFAS FOSFAP y por ende me facturen y cobren por cualquier servicio que me brinden por una enfermedad o dolencia congénita o que resulte preexistente al inicio del contrato de servicio de salud, según lo establecido en las condiciones generales, reconociendo la obligación generada por la prestación recibida.

Lima, de del 20.....

Contratante:	
Parentesco:	
DNI N°:	

"Este contrato podrá ser resuelto unilateralmente por IAFAS-FOSFAP (incluye dependientes), carecerán de todo derecho si realizaron en cualquier tiempo declaración falsa o inexacta, omisión de información, reticencia, o disminución de circunstancias relativas a su salud o de la de sus Dependientes registrados, aún cuando haya sido efectuado de buena fe, debiendo asumir la obligación de pago por daños y perjuicios que la declaración hubiera generado".
En caso de cancelación de afiliación no se devolverá los aportes facultativos o primas.

Dirección: Av. Aramburú cuadra 2 S/N Miraflores
(2do Piso del Hospital Central FAP)
www.iafasfap.gob.pe
Cell: 953744396 E-Mail: afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS



IAFAS FOSFAP

DPTO. GESTIÓN DEL ASEGURADO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

- Personal Militar en Actividad
 Personal Militar en Retiro (CAMIP)
 Personal Militar en Retiro (MONTEPIO)

Yo, Grado:

Identificado con el NSA: DNI: UNIDAD:

Domiciliado en:

Cel / Telf: Correo electrónico:

Autorizo a la IAFAS-FOSFAP a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados de mi remuneración o pensión, por intermedio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por concepto de aportes a los Planes Complementarios de los cuales me encuentro afiliado.

54-01 Aporte Plan Complementario de Salud Padres y Plan Complementario de Salud Oncológico Padres

54-02 Coaseguros por Atenciones Extra – FAP LIMA

54-05 Coaseguros por Atenciones Extra – FAP PROVINCIA

54-08 Aporte Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar

54-09 Aporte Plan Complementario de Salud Familiar

54-10 Coaseguros atenciones de Plan Complementario de Salud Padres y Plan Complementario de Salud Oncológico Padres

54-11 Coaseguros atenciones de Plan Complementario de Salud Familiar

Lima, de del 20.....



Huella Digital

Firma del Titular

FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN ONCOLÓGICA



SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (IAFAS-FOSFAP)

SOLICITUD DE ACTIVACIÓN ONCOLÓGICA: N° 000001

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES:

PARENTESCO: DNI: EMAIL:

CELULAR:

DATOS DEL CONTRATANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES:

NSA: GRADO: SITUACIÓN: ACTIVIDAD () RETIRO () DISPONIBILIDAD ()

UNIDAD: DNI: EMAIL: CELULAR:

DIRECCIÓN:

TIPO DE PLAN: () PLAN ESPECÍFICO DE SALUD

() PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR

() PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD ONCOLÓGICO PADRES

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS A ACTIVAR:

Apellidos y Nombres	DNI	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Diagnóstico (CIE 10)

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- 1.- Copia del DNI del Beneficiario a activar ()
- 2.- Estado de cuenta del Contratante ()
- 3.- Informe anatomo patológico o Informe médico del Beneficiario a activar ()

Miraflores, de del 20.....

V°B° (Auditor Médico)

Firma del Solicitante

FORMATO DE SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN



IAFAS FOSFAP

DPTO. GESTIÓN DEL ASEGURADO

FICHA DE SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN

SOLICITUD: N° 000001

Datos del Solicitante:

Yo, NSA:
Grado: Situación: Actividad () Retiro () Disponibilidad ()
UNIDAD: DNI: EMAIL: CELULAR:
Dirección:

Expreso mi deseo de no seguir perteneciendo al () Plan Complementario de Salud Oncológico Familiar () Plan Complementario de Salud Familiar () Plan Complementario de Salud Padres () Plan Complementario de Salud Oncológico Padres () Plan Específico de Salud y autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú realizar los trámites administrativos, de corresponder, que sean necesarios a fin de que se me exceptúe de los descuentos mensuales por las primas correspondientes a los planes complementarios de los cuales me encuentro inscrito, a partir del mes de del 20..... Sin derecho a devolución de mis aportaciones.

Relación de derechohabientes a desafiliar a los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	N° de DNI

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- 1.- Copia DNI Contratante..... ()
- 2.- Acta de Defunción..... ()
- 3.- Boleta de Haberes / Pensión..... ()
- 4.- Acta de Divorcio..... ()
- 5.- Declaración Jurada Simple con copia del beneficiario a desafiliar..... ()
- 6.- Otros..... ()

Miraflores, de del 20.....

V°B°

Firma del Beneficiario