



## ANEXO N° 1 - CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL PLAN SEGUNDA CAPA

El Plan Segunda Capa contempla un aporte que facilita el pago de los gastos que se producen por las atenciones médicas y/o quirúrgicas de las enfermedades, dolencias y/o accidentes de los derechohabientes del Personal Naval en Situación de Actividad, Disponibilidad o Retiro con derecho a categoría 1, cuyos tratamientos representan altos gastos en atenciones médicas y/o quirúrgicas. El plan contempla que la primera capa, cuyo monto es de MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) sea cubierto por el titular y los copagos que sobrepasen dicho monto hasta un máximo de VEINTICINCO MIL CON 00/100 SOLES (S/ 25,000.00) sean cubiertos por el "PLAN".

### 1. ALCANCE Y CONDICIONES DE COBERTURA DEL PLAN

#### A. Alcance

- a) El aporte mensual por familia del Titular será de NUEVE CON 00/100 SOLES (S/ 9.00). Dicho aporte podrá ser modificado unilateralmente por la IAFAS FOSMAR, siempre que, luego de realizado el estudio matemático actuarial, sea necesario el incremento con la finalidad de procurar la sostenibilidad financiera del Plan de Salud.
- b) El personal militar femenino gestante y/o el personal militar masculino que será padre por primera vez podrá afiliarse a su nonato a partir de la fecha que una IPRESS debidamente registrada confirme la gestación.
- c) Cubrirá los copagos por tratamientos médicos quirúrgicos, que sobrepasen los MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) y a partir de dicho monto hasta una cobertura de VEINTICINCO MIL CON 00/100 SOLES (S/ 25,000.00) como máximo. El monto a cubrir será contabilizado individualmente para cada afiliado, cada DOCE (12) meses, por enfermedad y/o evento.
- d) El PLAN brindará cobertura en los gastos por tratamiento de enfermedades crónicas que sean diagnosticadas después del periodo de carencia, las mismas que no estén relacionadas con enfermedades crónicas preexistentes.
- e) El Titular que tiene afiliado a sus derechohabientes en el PLAN y decida desafiliarse, no tendrá opción de devolución de sus aportes. Si desea reinscribirlos, lo hará en las mismas condiciones de periodo de carencia que rigen para un afiliado nuevo, además de tener que pasar todo miembro de la familia afiliada, un examen médico cuyo costo será asumido íntegramente por el Titular.
- f) El Titular afiliado que obtuvo beneficios del PLAN, solo podrá solicitar su desafiliación, luego de transcurridos VEINTICUATRO (24) meses de aportación solidaria, contados a partir de la fecha de brindada la última cobertura.

#### B. De los servicios y prestaciones

Según Convenio Específico suscrito por la IAFAS de la Marina de Guerra, el Centro Médico Naval "CMST", de acuerdo a su nivel y grado de complejidad, dispondrá de atención médica, intervenciones quirúrgicas, hospitalización y medicinas a los derechohabientes afiliados en el PLAN. Asimismo, dispondrá la referencia y contra referencia, de los pacientes del PLAN, en caso sea necesario, en coordinación con la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo a los procedimientos establecidos.

#### C. Coberturas

- a) Las coberturas del PLAN, se iniciarán una vez transcurrido el periodo de carencia de NOVENTA (90) días después de que el Titular y/o familiar haya realizado sus TRES (03) primeros aportes consecutivos; salvo que los gastos se generen por emergencias médicas o accidentales con prioridad 1 o 2.
- b) El PLAN cubrirá los costos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que se encuentren establecidos en el Reglamento de Prestaciones de Salud de la Marina de Guerra (PRESAMAR 13203).

#### D. Evacuación

- a) Evacuación es el procedimiento que consiste en el traslado de los pacientes del PLAN que por su gravedad ameriten ser derivados a otros establecimientos de salud de mayor complejidad, para brindarles tratamiento médico y/o quirúrgico hasta su estabilización.
- b) La evacuación de los pacientes del PLAN será solo para establecimientos de salud dentro del territorio nacional.
- c) Antes de la evacuación de un paciente se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:
  1. Situación de salud del paciente al momento de la evacuación.
  2. Urgencia de tratamiento especializado, lo cual determinará la vía a utilizar.
  3. Ubicación geográfica y disponibilidad de medios para la evacuación.
  4. Posibles complicaciones durante el trayecto.
  5. Acondicionamiento del paciente de acuerdo a lo requerido por el médico,
- d) Los conceptos por gastos de evacuación estarán incluidos dentro del monto máximo previsto por el PLAN, cualquier gasto que exceda este monto fijado será asumido por el titular y/o familiar.
- e) Por ningún motivo el PLAN asumirá los gastos de evacuaciones al extranjero, debiendo ser asumidas por el Titular.
- f) Los pacientes no catalogados como graves y cuyo tratamiento no amerite una evacuación, y decidan viajar a otra ciudad para su tratamiento médico y/o quirúrgico, lo podrán hacer por cuenta propia y los gastos que deriven no serán asumidos por el PLAN.

## EXCLUSIONES DEL PLAN SEGUNDA CAPA

(1) El Plan Segunda Capa no cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos:

- a) Enfermedades preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias, patologías condiciones de salud que se hayan originado antes de la afiliación al PLAN o durante el periodo de carencia.
- b) Medicamentos fuera del petitorio farmacológico del Centro Médico Naval "CMST".
- c) Cirugía estética o plástica para fines cosméticos.
- d) Prótesis dentales, ortodoncias e implante dental (salvo los requeridos por accidentes). No se cubre tratamientos odontológicos y/o cirugía maxilofacial fuera de la red de establecimientos de Salud de la Institución.
- e) Adquisición de anteojos y cristales (lentes de contacto, intraoculares y queratoplastia).
- f) Prótesis, suministro de muletas, aparatos o equipos ortopédicos.
- g) Prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas (traumatología).
- h) Prótesis, válvulas cardíacas, injertos vasculares y marcapasos cardíacos.
- i) Audífonos para hipoacusia.
- j) Intento de suicidio y sus secuelas.
- k) Enfermedades y/o accidentes a consecuencia del uso de estupefacientes o alcohol.
- l) Accidentes de los afiliados como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo, equitación, canotaje, alpinismo, etc.).
- m) Accidentes de tránsito (en el monto cubierto por el SOAT).
- n) Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización parto infertilidad primaria como secundaria, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- o) Cualquier trastorno originado por medicamentos o fármacos utilizados sin prescripción médica.
- p) Los costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
- q) Gastos por concepto de sangre y/o derivados y exámenes a donantes.
- r) Gastos fuera del territorio nacional.
- s) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados en centros médicos extra institucionales sin autorización previa de la IAFAS, de acuerdo a lo determinado en el PRESAMAR-13203.
- t) Gastos por tratamientos de Cáncer, Infección por VIH - SIDA y otras enfermedades determinadas en el PRESAMAR-13203.
- u) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos que medicamente sean considerados no necesarios (no sustentados en el concepto de medicina basada en evidencia, nivel de evidencia II (a) de la Agency For Healthheave Research and Quality de los Estados Unidos - AHRQ). No se cubren tampoco los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para la indicación específica que es solicitada.
- v) Todo fármaco, equipo, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos existentes (Medicina basada en evidencia, nivel de evidencia II (a) de la AHRQ).
- w) Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias, empleo u otros.
- x) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje no ocasionados por traumatismos, neoplasias, accidentes cerebro vasculares, enfermedad neurológica y cuya cobertura haya sido previamente aceptada por las IAFAS.

### (2) De Desafiliación

(a) La desafiliación del PLAN a los derechohabientes afiliados se dará en los casos siguientes:

- El Personal Naval/titular que se retrase en los pagos de las cuotas de sus derechohabientes por más de TRES (3) meses consecutivos.
- El fallecimiento del afiliado.
- El retiro voluntario del afiliado.
- Por divorcio en el caso del cónyuge y por contraer matrimonio el/la viudo(a)
- Por contraer matrimonio los hijos (varones y mujeres).
- Por pasar a la situación de retiro, el personal militar titular sin derecho a pensión.
- Por cancelación de la asimilación del Titular a la Institución.

En los casos antes mencionados, se procederá a la desafiliación del Plan Segunda Capa y perderá la inscripción de sus derechohabientes en el mismo, sin derecho a devolución de las aportaciones. Si desea reinscribirlos, lo hará en las mismas condiciones de periodo de carencia que rigen para un afiliado nuevo.

(b) Tras la desafiliación del PLAN, bajo ninguna forma se podrá pedir la devolución de las aportaciones.