



PERÚ

Ministerio  
de Defensa

Marina de Guerra  
del Perú

Dirección General del  
Personal de la Marina

"DECENIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ"

**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

Ejemplar N°

22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

- Referencia:
- a) Constitución Política del Perú de 1993
  - b) La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
  - c) Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 2 de abril del 2010
  - d) Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas, de fecha 7 de diciembre del 2013
  - e) Decreto Legislativo N° 1138, Ley de la Marina de Guerra del Perú, de fecha 9 de diciembre del 2012
  - f) Decreto Supremo N° 009-2014-DE que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1138, Ley de la Marina de Guerra del Perú, de fecha 1 de agosto del 2014
  - g) Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842 respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos
  - h) Directiva DIPERMAR N° 03-20, de fecha 17 de febrero del 2020
  - i) Reglamento de Prestaciones de Servicios de Salud de la Marina (PRESAMAR-13203)
  - j) Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, de fecha 23 de agosto del 2021
  - k) Instrucciones sobre Correspondencia Naval, (ISCON-13303)

**1.- ORGANISMOS AFECTADOS**

- a. Dirección de Salud de la Marina
- b. Dirección del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"
- c. Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú
- d. Dirección de Información de la Marina
- e. Comandos de Unidades y Dependencias

**2.- SITUACIÓN GENERAL**

- a. Los Artículos 7, 10 y 11 de la Constitución Política del Perú, señalan que el Estado Peruano reconoce como derechos, entre otros, a la seguridad social y protección de la salud de la ciudadanía en general, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones, a través de las entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- b. La ley de referencia (b), y su reglamento aprobado por el dispositivo legal de referencia (c), establecen 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 del financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. El Artículo 3 de la referida ley, señala que, el aseguramiento universal en salud física y mental, es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), planes complementarios y planes de aseguramiento específicos.
- c. Mediante decreto legislativo de referencia (d), se crean las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de las Fuerzas Armadas, destinadas al financiamiento para la atención integral de la salud del personal militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro con derecho a pensión y sus derechohabientes; así como de los Cadetes y Alumnos de las Instituciones Armadas. Asimismo, faculta a las citadas Instituciones a crear planes complementarios en beneficio del personal militar, derechohabientes y familiares beneficiarios inscritos en la base de datos de cada Institución.
- d. El decreto legislativo de referencia (e), determina y regula la naturaleza jurídica, competencias, funciones y estructura orgánica básica de la Marina de Guerra del Perú. El Artículo 15 del mismo, establece que las 'Direcciones' de la Marina son órganos técnicos administrativos, encargados de realizar los procesos y actividades para cumplir diversas funciones específicas de apoyo administrativo, bienestar, salud y otros inherentes a las funciones de la Institución.
- e. El reglamento de la Ley de la Marina de Guerra del Perú, aprobado por el dispositivo legal de referencia (f), establece que la Dirección General del Personal de la Marina tiene como función administrar el Fondo de Salud de la Marina, en concordancia con la normativa sobre la materia y disposiciones de la Comandancia General de la Marina.
- f. La ley de referencia (g) establece que toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médica y/o quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.
- g. La directiva de referencia (h), establece los procedimientos para difundir, implementar, ejecutar y supervisar el cumplimiento de las condiciones de aseguramiento para los beneficiarios del Plan Específico de Salud de la Marina de Guerra del Perú a cargo de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

Guerra del Perú. El citado "Plan Específico", permite financiar las atenciones médicas, quirúrgicas y demás requeridas por el personal naval y sus familiares directos, no obstante, en similar forma que cualquier otro plan de salud a nivel nacional, no cobertura ni financia la totalidad de enfermedades o intervenciones médicas requeridas, por cuanto se sujeta a los principios y características de eficiencia de gasto, solidaridad, equidad, sostenibilidad, entre otros; estos gastos son financiados por el total o parcialmente por el plan básico y la diferencia es asumida mediante copagos por el titular.

- h. Mediante el reglamento de referencia (i), se establece la tabla de categorías para prestaciones de servicios de salud y los tipos de categorías, que se aplican de acuerdo a la situación militar o civil del usuario.
- i. La resolución de superintendencia de referencia (j), establece que la desafiliación no libera al afiliado de las deudas que haya contraído con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), incluido el pago de intereses legales, de ser el caso.
- j. Finalmente, en vista que los "Planes Complementarios en Salud", permiten financiar los tratamientos médico y/o quirúrgicos de alto costo no cubiertos por el Estado, por la imposibilidad económica que ello genera; a fin de afrontar la mencionada problemática, se ha visto por conveniente actualizar la estructura del Plan Complementario en Salud "Segunda Capa", para la cobertura financiera del total o parte de los copagos de alto costo generados por las prestaciones de servicio de salud brindadas, muchas veces asumidos por el titular.

### **3.- FINALIDAD**

La presente directiva tiene por finalidad establecer los procedimientos para difundir, implementar, ejecutar y supervisar el cumplimiento de las disposiciones específicas y condiciones de activación y cobertura financiera del Plan Complementario de Salud "Segunda Capa".

### **4.- EJECUCIÓN**

- a. El Plan Complementario de Salud "Segunda Capa", para efectos de la presente directiva se le denominará "PLAN".
- b. Los beneficios por la afiliación al "PLAN" alcanzan a los derechohabientes directos y dependientes del personal naval en situación de actividad, disponibilidad y situación de retiro con derecho a pensión comprendidos dentro de las Categorías "1" y "2" para prestaciones de salud y con registro activo en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina; y, al personal naval en situación militar de disponibilidad y retiro con derecho a pensión dentro de las Categorías "1" y "2". Las demás condiciones de aseguramiento se encuentran detalladas en el Anexo "A" de la presente directiva.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (1) El "PLAN" es de carácter facultativo, goza del derecho de libre afiliación - desafiliación y complementa la cobertura del Plan de Salud Básico de la Marina.
- (2) El fondo económico - financiero del "PLAN", se constituye por el íntegro de los aportes voluntarios de los afiliados, siendo independiente y diferenciado del presupuesto anual asignado por el Estado a la Marina de Guerra del Perú para el rubro de salud.
- (3) Los Comandos de Unidades y Dependencias dispondrán la difusión a todo el personal del contenido de la presente directiva, para tal efecto deberán realizar las coordinaciones pertinentes con la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.
- (4) Las condiciones de aseguramiento, contenido de las cláusulas y demás, se alinean en el tiempo con el marco legal que para tal efecto emita la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, independientemente de las condiciones particulares consideradas en el Plan Básico en Salud de la Marina, el cual tiene preeminencia.
- (5) La inclusión para el personal naval en situación militar de disponibilidad y retiro con derecho a pensión considerados en otras categorías para el financiamiento de las prestaciones en salud, así como, de sus familiares directos, será efectuado de manera progresiva y previa recomendación de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, convalidada con el correspondiente estudio técnico financiero (actuarial) que determine el monto diferenciado de la prima mensual y que la inclusión de este grupo poblacional no impactará negativamente en la sostenibilidad del Fondo de Salud que administra, por involucrar el posible financiamiento de copagos mayores.
- (6) El personal naval en situación de actividad o pase a la situación militar de retiro podrá suscribir los formatos de autorización de descuento establecidos en los Apéndices II y III del Anexo "A" de la presente directiva, para el pago de la prima pactada o en su defecto, podrá elegir la modalidad de pago directo a través de depósito en la cuenta bancaria de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.

c. Disposiciones específicas

**(1) Director de Salud de la Marina**

- (a) Supervisará que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú brinden prestaciones de salud de manera oportuna y de calidad a los afiliados al "PLAN".



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (b) Dispondrá que la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú tenga acceso a su sistema de liquidaciones a cargo, para la verificación de los gastos por las prestaciones de servicios de salud realizadas necesarios para autorizar la cobertura financiera de cada paciente.
- (c) Dispondrá las gestiones que se requieran, a fin de viabilizar el intercambio prestacional producto de las prestaciones de salud brindadas a los afiliados al presente "PLAN".

**(2) Director del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"**

- (a) Mantendrá actualizado los estados de cuenta de los titulares, y remitirá mensualmente a la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, el detalle de los consumos del paciente necesario para la evaluación y la activación de la cobertura del "PLAN".
- (b) Remitirá la historia clínica del paciente a solicitud de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, para la determinación de la cobertura prestacional del paciente.
- (c) Registrará el monto de la cobertura en el estado de cuenta del asegurado para determinar la amortización de la deuda. De ser el caso, remitirá a la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú la liquidación para el reintegro respectivo.

**(3) Director de Información de la Marina**

Difundirá entre el personal naval en situación miliar de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes, mediante sus sistemas de información la presente directiva, en coordinación con la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.

**(4) Director de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú**

- (a) Dispondrá la difusión a nivel nacional sobre los beneficios del "PLAN" a favor del personal naval y sus derechohabientes.
- (b) Supervisará el cumplimiento de la presente directiva, así como, ejecutará la gestión y funcionamiento del "PLAN".



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (c) Recomendará el incremento de la "prima mensual" del "PLAN", previa autorización de la Junta de Administración de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, adjuntando como sustento el estudio matemático actuarial o su equivalente dispuesto para asegurar su sostenibilidad económica.
- (d) Llevará el control del registro del personal naval y sus derechohabientes afiliados al "PLAN"; así como de los desafiliados que llenaron la ficha de desafiliación respectiva.
- (e) Realizará la liquidación de cobertura del plan y la remitirá al Centro Médico Naval "CMST" para su acción conforme al estado de cuenta; asimismo, realizará las gestiones respectivas para la cobertura de las atenciones extrainstitucionales.
- (f) Elaborará mensualmente el listado del personal "titular" afiliado al "PLAN" para los descuentos respectivos, vía planilla única de pagos; solicitando el descuento respectivo a la Oficina General de Administración de la Dirección de Administración de Personal de la Marina o a la Caja de Pensiones Militar Policial, según corresponda.
- (g) Realizará la auditoria médica correspondiente a la prestación de servicio de salud, de acuerdo con los beneficios y coberturas detalladas en el Plan de Salud Básico de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.

**(5) Comandos de Unidades y Dependencias**

- (a) Dispondrán que la Oficina de Personal o Recursos Humanos tenga actualizada la relación nominal del personal afiliado y no afiliado al "PLAN".
- (b) Dispondrán que el Jefe de Sanidad, Oficial de Personal o quien haga sus veces, asuma la representación y difusión del "PLAN", a través de academias con material audiovisual y/o impreso, debiéndose informar dicha labor mediante oficio dirigido al Director de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú al término del primer trimestre de cada año.
- (c) Dispondrán que la totalidad del personal superior y subalterno de sus respectivas dotaciones asistan a las charlas informativas realizadas por la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (d) Dispondrán que el personal militar se mantenga actualizado sobre la información contenida en la página web de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú (www.iafasfosmar.pe).
- (e) Facilitará las instalaciones y equipos audiovisuales necesarios al personal expositor de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.

**5.- INSTRUCCIONES ESPECIALES**

**a. Organismo de origen**

Designar como organismo de origen de la presente directiva a la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, la misma que dará cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Artículo 330, Inciso (b), Subinciso (2) de la publicación de referencia (k).

**b. Tiempo de Vigencia**

Entra en Vigencia: A su recibo.  
Sale de Vigencia: Con orden.

**c. Otras Instrucciones**

- a. Los organismos afectados realizarán las coordinaciones necesarias para el cumplimiento de la presente directiva.
- b. La presente directiva reemplaza a la Directiva DIPERMAR N° 21-21, de fecha 9 de agosto del 2021, la misma que deberá ser incinerada internamente, sin remitir el acta de incineración correspondiente.



Vicealmirante  
Julio CACHO Morán  
Director General del Personal de la Marina

**ANEXOS:**

- "A" - Condiciones generales y específicas del Plan Complementario en Salud "Segunda Capa"
- "X" - Lista de distribución

22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**ANEXO "A"**

**CONDICIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD "SEGUNDA CAPA"**

**1.- CARACTERÍSTICAS:**

- a. Afiliación. - La afiliación al presente PLAN es de manera libre, voluntaria y solidaria, complementario al Plan de Salud Básico de la Marina de Guerra del Perú, y se realiza a través de la suscripción y firma del formato establecido en el Apéndice I del Anexo "A" de la presente directiva.
- a. Sostenibilidad. - El fondo del PLAN está constituido por el aporte voluntario (prima mensual) de los afiliados, lo cual garantizará su funcionamiento; así como las donaciones o aportes de otras instituciones.
- b. Carácter Intangible. - El PLAN ha sido creado sin fines de lucro y el íntegro de las aportaciones constituyen un fondo intangible.
- c. Descentralizado. - La cobertura del PLAN se limita al ámbito del territorio nacional y alcanza a todos los beneficiarios afiliados al PLAN y los beneficios descritos en el Plan de Salud Básico.
- d. Aportaciones. - El aporte mensual (prima) por familia del Titular será de NUEVE CON 00/100 SOLES (S/ 9.00), para lo cual deberá firmar los formatos del Apéndice II y Apéndice III del Anexo "A" de la presente directiva, según su condición en el servicio. Dicho aporte podrá ser modificado unilateralmente por la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo con el estudio matemático actuarial o su equivalente, previa autorización de la Junta de Administración de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú y deberán ser comunicados oportunamente, con el fin de salvaguardar la sostenibilidad del PLAN.
- e. Funcionamiento. - Se podrá destinar hasta el CINCO POR CIENTO (5%) de los aportes anuales del PLAN, para cubrir los gastos administrativos.
- f. Activación. - La activación del PLAN se realizará a solicitud del asegurado presentando el formato descrito en el Apéndice IV del Anexo "A" de la presente directiva. En caso de atenciones extrainstitucionales que presenten:
  - (1) Un copago mayor a UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00), en el caso de los derechohabientes directos y dependientes del personal naval en situación de actividad, disponibilidad y situación de retiro con derecho a pensión comprendidos dentro de la Categoría "1" y, al personal naval en situación militar de disponibilidad y retiro con derecho a pensión dentro de la Categoría "1".



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (2) Un copago mayor a DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/ 2,500.00), en el caso de los derechohabientes directos y dependientes del personal naval en situación militar de actividad, disponibilidad y situación de retiro con derecho a pensión comprendidos dentro de la Categoría "2" y, al personal naval en situación militar de disponibilidad y retiro con derecho a pensión dentro de la Categoría "2".
- (3) La autorización de la activación del PLAN será a través de la Carta de Garantía correspondiente, previa evaluación por auditoría Médica.

**2.- BENEFICIARIOS:**

- a. Los beneficios por la afiliación al PLAN alcanzan a los derechohabientes directos y dependientes del personal naval en situación militar de actividad, disponibilidad y situación de retiro con derecho a pensión comprendidos dentro de las Categorías "1" y "2" para prestaciones de salud y con registro activo en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina, como sigue:
  - (1) Cónyuge o concubino(a) reconocido legalmente según la normativa aplicable, e inscrito en la base de Datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
  - (2) El/la hijo(a) menor de edad.
  - (3) El/la hijo(a) mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, debidamente certificado por el Centro Médico Naval "CMST", de conformidad con la norma técnica del Ministerio de Salud. La cobertura no abarcará sobre aquellas enfermedades preexistentes, hereditarias o congénitas que generaron dicha discapacidad.
  - (4) El/la hijo(a) declarado judicialmente interdicto, según normativa vigente.
  - (5) Mantendrán la condición de derechohabiente, los hijos mayores de edad hasta cumplir los 28 años, en las siguientes condiciones: ser soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudiando en centro de educación superior o técnica y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.
  - (6) La viuda o hijo que haya heredado la pensión del titular del seguro y que el Estado se encuentre aportando al Fondo de Salud de la Marina administrado por la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.
- b. Los beneficios también son extensibles al personal naval en situación militar de disponibilidad y retiro con derecho a pensión considerado dentro de las Categorías "1" y "2" para las prestaciones en salud, en su calidad de titulares al Plan Básico en Salud de la Marina.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

**3.- COBERTURA FINANCIERA**

El PLAN cubrirá los costos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos por un mismo diagnóstico, así como, las medicinas del petitorio farmacológico autorizado, que se encuentren establecidos en la directiva de referencia (h) y cuyos copagos sobrepasen los UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) en el caso de los que pertenezcan a la Categoría "1", y que sobrepasen los DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00) en el caso de los que pertenezcan a la Categoría "2" con un monto máximo de cobertura de VEINTICINCO MIL CON 00/100 SOLES (S/ 25,000.00) en ambos casos, el cual será contabilizado individualmente para cada afiliado, por un periodo de DOCE (12) meses.

**4.- DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES:**

El Centro Médico Naval "CMST", de acuerdo con su nivel y grado de complejidad, dispondrá se proporcione atenciones médicas, intervenciones quirúrgicas, hospitalización y medicinas a los afiliados al PLAN. Asimismo, dispondrá la referencia y contra referencia de los pacientes del PLAN, en coordinación con la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, según los procedimientos establecidos, se debe tener en cuenta que la cobertura brindada por el Plan de Segunda Capa está sujeta a la cobertura del Plan Básico, solo si los copagos superan los UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) en el caso de la Categoría "1" y los DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00) en el caso de la Categoría "2" por un mismo diagnóstico; la Auditoría Médica verificará dicho diagnóstico y la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú autorizará la activación del presente PLAN.

**5.- DISPOSICIONES PARA LA ACTIVACIÓN DEL PLAN:**

- a. La cobertura de los beneficios mencionados será brindada exclusivamente en territorio nacional y se iniciará una vez transcurrido el periodo de carencia de NOVENTA (90) días después que el Titular haya realizado su primer aporte de la prima. Los gastos que se generen por emergencias médicas o accidentales serán asumidos por el Plan Básico.
- b. Para la tramitación de la activación del PLAN, se efectuará lo siguiente:
  - (1) El titular o beneficiario afiliado deberá presentar la solicitud del Apéndice "IV" del Anexo "A" de la presente directiva a la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, documento que primero será evaluado por el Departamento de Gestión del Asegurado, el cual validará la condición del asegurado y el estado de cuenta de sus aportaciones, corroborando que se encuentre al día en sus primas, posteriormente, dicho Departamento confeccionará el cuadro demostrativo del PLAN, de acuerdo con el formato del Apéndice "V" del Anexo "A" de la presente directiva.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (2) Luego, el expediente confeccionado deberá ser derivado con memorándum al Departamento de Prestaciones de Salud de la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, para su evaluación por el área de Auditoría Médica, quien determinará si es procedente la activación del PLAN.
  - (3) Finalmente, de acuerdo con lo resuelto por el Departamento de Prestaciones de Salud, el Departamento de Gestión del Asegurado será responsable de emitir la carta de respuesta a la solicitud del asegurado, la cual será enviada al domicilio consignado en su documento.
- c. Los gastos originados por prestaciones médico-quirúrgicas de emergencia o partos realizadas en IPRESS extrainstitucionales sin autorización, solo podrán ser cobaturados en los casos señalados en la ley de referencia (g), debiendo cumplir con regularizar la presentación de la solicitud según lo indicado en el Apéndice "VII" del Anexo "A" de la presente directiva, dentro de los TREINTA (30) días de la facturación emitida por las prestaciones de salud.

**6.- EXCLUSIONES:**

- a. El Plan de Segunda Capa no cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos:
- (1) Enfermedades preexistentes, es decir, enfermedades hereditarias, congénitas, dolencias, patologías o condiciones de salud que se hayan originado antes de la afiliación al PLAN o durante el periodo de carencia.
  - (2) Medicamentos fuera del petitorio farmacológico del Centro Médico Naval "CMST".
  - (3) Cirugía estética o plástica para fines cosméticos.
  - (4) Prótesis dentales, ortodoncias e implante dental (salvo los requeridos por accidentes). No se cubre tratamientos odontológicos y/o cirugía maxilofacial fuera del Centro Médico Naval "CMST".
  - (5) Adquisición de anteojos y cristales (lentes de contacto, intraoculares y queratoplastia).
  - (6) Prótesis, suministro de muletas, aparatos o equipos ortopédicos.
  - (7) Prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas (traumatología).
  - (8) Prótesis, válvulas cardíacas e injertos vasculares.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (9) Audífonos para hipoacusia.
- (10) Intento de suicidio y sus secuelas.
- (11) Enfermedades y/o accidentes a consecuencia del uso de estupefacientes o alcohol.
- (12) Accidentes como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo, equitación, canotaje, alpinismo, etc.).
- (13) Accidentes de tránsito (en el monto cubierto por el SOAT).
- (14) Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización, tanto infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- (15) Cualquier trastorno originado por medicamentos o fármacos utilizados sin prescripción médica.
- (16) Los costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
- (17) Gastos por concepto de sangre y/o derivados y exámenes a donantes no calificados.
- (18) Gastos fuera del territorio nacional.
- (19) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados en centros médicos extrainstitucionales sin autorización previa, de acuerdo con lo determinado en el reglamento correspondiente de la Institución.
- (20) Gastos por tratamientos de cáncer e infección por VIH-SIDA.
- (21) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos que médicamente sean considerados no necesarios (no sustentados en el concepto de medicina basada en evidencia, nivel de evidencia II (a) de la Agency For Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos -AHRQ). No se cubren tampoco los medicamentos, insumos, implantes material quirúrgico no aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para la indicación específica que es solicitada.
- (22) 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).



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

- (23) 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.
- (24) Trastornos del desarrollo psicomotor (congénitos) y del lenguaje no ocasionados por traumatismos, neoplasias, accidentes cerebro vasculares, enfermedades neurológicas y cuya cobertura haya sido previamente aceptada por las IAFAS FOSMAR.

**7.- 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 tendrá en cuenta lo siguiente:
  - (1) Situación de salud del paciente al momento de la evacuación.
  - (2) Urgencia del 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 con 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.
- 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 ameriten 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.

**8.- DESAFILIACIÓN Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:**

- a. La desafiliación al PLAN y suspensión de la cobertura se dará en los siguientes casos:



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

- (1) Por decisión voluntaria, para lo cual deberá llenar y firmar el formato del Apéndice "VI" del Anexo "A" de la presente directiva, no teniendo opción a la devolución de sus aportes. Si desea reafiliarse, lo hará en las mismas condiciones y período de carencia que rigen para un afiliado nuevo.
  - (2) Por cancelación del proceso de asimilación del Titular a la Marina de Guerra del Perú.
  - (3) Cuando el Titular pasa a la situación militar de retiro por cualquier causal y pierda el derecho a pensión o la escala C-1 para prestaciones de salud.
  - (4) En el caso del cónyuge, por divorcio, y por contraer matrimonio en el caso del (la) viudo(a).
  - (5) Por contraer matrimonio los hijos o hijastros derechohabientes afiliados (varones y mujeres).
  - (6) El personal militar que incumpla con los pagos de las primas mensuales por un periodo superior a TRES (3) meses consecutivos, podrá ser desafiliado del PLAN y perderá la inscripción de sus familiares en el mismo. Su reinscripción se sujetará dentro de los alcances, beneficios, exclusiones y demás disposiciones consideradas en el marco normativo que se encuentre vigente a la fecha de su reafiliación; asimismo, no deberá contar con deudas que haya contraído con la Dirección de la Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú.
  - (7) Cuando el Titular es pasado a la situación militar de disponibilidad por la causal "Medida Disciplinaria", imposibilitándose la percepción del aporte del Estado equivalente del SEIS POR CIENTO (6%) de la remuneración consolidada y el monto de la prima pactada. En este caso, el periodo de suspensión será equivalente al período que dure la sanción, teniendo derecho el afiliado a los beneficios después de los TRES (3) meses del periodo de carencia por reafiliación al PLAN.
  - (8) Cuando el Titular en situación militar de retiro suspende su derecho pensionario por motivos particulares, imposibilitándose la percepción del aporte del Estado equivalente al SEIS POR CIENTO (6%) de la pensión consolidada y el monto de la prima pactada. En este caso, el periodo de suspensión será equivalente al período que dure la solicitud del afiliado a suspender su goce pensionario a cargo de la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas (OPREFA), teniendo derecho el afiliado a los beneficios después de los TRES (3) meses del periodo de carencia por reafiliación al PLAN.
- b. Tras la desafiliación del PLAN, bajo ninguna forma se podrá pedir la devolución de las aportaciones.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

- c. 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.

**9.- DEL REINTEGRO POR GASTOS DE COBERTURA:**

- a. Los reintegros serán únicamente realizados al titular de la remuneración o pensión, y en caso de fallecimiento de este último, al heredero (a) de la pensión.
- b. En caso excepcional, se podrá reintegrar los pagos realizados al beneficiario afiliado, siempre en cuando este pueda comprobar el copago realizado.

**APÉNDICES:**

- "I" - Formato de afiliación al plan complementario en salud "Segunda Capa" (poliza)
- "II" - Autorización de descuento a la Caja de Pensiones Militar Policial
- "III" - Autorización de descuento por el pago de las primas
- "IV" - Modelo de solicitud para activación del PLAN
- "V" - Formato de cuadro demostrativo del PLAN
- "VI" - Ficha de desafiliación al Plan Complementario en Salud "Segunda Capa"
- "VII" - Modelo de solicitud para acceder a atención extrainstitucional bajo la modalidad de reintegro





**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

**ANEXO N° 1 – CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL PLAN SEGUNDA CAPA**

El Plan de Segunda Capa contempla un aporte (prima mensual) 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 militar en situación de actividad, disponibilidad o retiro con derecho a Categoría 1 y 2, cuyos tratamientos representan altos gastos en atenciones médicas y/o quirúrgicas, cuyo monto de UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) y DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00), respectivamente, será 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) serán cubiertos por el "PLAN".

**ALCANCE Y CONDICIONES DE COBERTURA DEL PLAN**

**1.- CARACTERÍSTICAS:**

- a. Afiliación.- La afiliación al presente PLAN es de manera libre, voluntaria y solidaria, complementario al Plan de Salud Básico de la Marina de Guerra del Perú.
- b. Sostenibilidad.- El fondo del PLAN está constituido por el aporte voluntario (prima mensual) de los afiliados, lo cual garantizará su funcionamiento; así como las donaciones o aportes de otras instituciones.
- c. Carácter Intangible.- El PLAN ha sido creado sin fines de lucro y el íntegro de las aportaciones constituyen un fondo intangible.
- d. Descentralizado.- La cobertura del PLAN se limita al ámbito del territorio nacional y alcanza a todos los beneficiarios afiliados al PLAN y los beneficios descritos en el Plan de Salud Básico.
- e. Aportaciones.- El aporte mensual (prima) por familia del Titular será de NUEVE CON 00/100 SOLES (S/ 9.00). Dicho aporte podrá ser modificado unilateralmente por la IAFAS FOSMAR, de acuerdo con el estudio matemático actuarial o su equivalente, previa autorización de la Junta de Administración de la IAFAS FOSMAR y deberán ser comunicados oportunamente, con el fin de salvaguardar la sostenibilidad del PLAN.
- f. Funcionamiento.- Se podrá destinar hasta el CINCO POR CIENTO (5%) de los aportes anuales del PLAN, para cubrir los gastos administrativos.
- g. Activación.- La activación del PLAN se realizará a solicitud del asegurado. En caso de atenciones extrainstitucionales que presenten un copago mayor a UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/. 1,500.00) para los afiliados con derecho a Categoría "1" y de DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00), para los afiliados con derecho a Categoría "2", la autorización de la activación del PLAN será a través de la Carta de Garantía correspondiente, previa evaluación de la auditoría médica.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

**2.- BENEFICIARIOS:**

- a. Los beneficios por la afiliación al PLAN alcanzan a los derechohabientes directos y dependientes del Personal Naval en situación de actividad, disponibilidad y situación de retiro con derecho a pensión comprendidos dentro de las Categorías "1" y "2" para prestaciones de salud y con registro activo en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina, como sigue:
- (1) Cónyuge o concubino(a) reconocido legalmente según la normativa aplicable, e inscrito en la base de Datos de la Oficina de Sistemas y Registros de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
  - (2) El/la hijo(a) menor de edad.
  - (3) El/la hijo(a) mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, debidamente certificado por el Centro Médico Naval "CMST", de conformidad con la Norma Técnica del Ministerio de Salud. La cobertura no abarcará sobre aquellas enfermedades preexistentes, hereditarias o congénitas que generaron dicha discapacidad.
  - (4) El/la hijo(a) declarado judicialmente interdicto, según normativa vigente.
  - (5) Mantendrán la condición de derechohabiente, los hijos mayores de edad hasta cumplir los 28 años, en las siguientes condiciones: ser soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudiando en centro de educación técnico o superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.
  - (6) La viuda o hijo que haya heredado la pensión del titular del seguro y que el Estado se encuentre aportando al Fondo de Salud de la Marina administrado por la IAFAS FOSMAR.

**3.- COBERTURA FINANCIERA**

El PLAN cubrirá los costos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos por un mismo diagnóstico, así como, las medicinas del petitorio farmacológico autorizado, que se encuentren establecidos en la Directiva de referencia (h) y que sobrepasen los UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 1,500.00) para los afiliados con derecho a Categoría "1" y de DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00), para los afiliados con derecho a Categoría "2", con un monto máximo de cobertura de VEINTICINCO MIL CON 00/100 SOLES (S/ 25,000.00) en copago, el cual será contabilizado individualmente para cada afiliado, por un periodo de DOCE (12) meses.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

**4.- DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES:**

El Centro Médico Naval "CMST", de acuerdo con su nivel y grado de complejidad, dispondrá se proporcione atenciones médicas, intervenciones quirúrgicas, hospitalización y medicinas a los afiliados al PLAN. Asimismo, dispondrá la referencia y contra referencia, de los pacientes del PLAN, en coordinación con la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, según los procedimientos establecidos, se debe tener en cuenta que la cobertura brindada por el Plan de Segunda Capa está sujeta a la cobertura del Plan Básico, solo si los copagos superan los UN MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/. 1,500.00) para los afiliados con derecho a Categoría "1" y de DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (S/ 2,500.00), para los afiliados con derecho a Categoría "2", por un mismo diagnóstico; la Auditoría Médica verificará dicho diagnóstico y la Dirección Ejecutiva de las IAFAS – FOSMAR autorizará la activación del presente Plan.

**5.- DISPOSICIONES PARA LA ACTIVACIÓN DEL PLAN:**

- a. La cobertura de los beneficios mencionados será brindada exclusivamente en territorio nacional y se iniciará una vez transcurrido el periodo de carencia de NOVENTA (90) días después que el Titular haya realizado su primer aporte de la prima. Los gastos que se generen por emergencias médicas o accidentales serán asumidos por el Plan Básico.
- b. Para la tramitación de la activación del PLAN, se efectuará lo siguiente:
  - (1) El titular o beneficiario afiliado deberá presentar la solicitud a la IAFAS FOSMAR, documento que primero será evaluado por el Departamento de Gestión del Asegurado, el cual validará la condición del asegurado y el estado de cuenta de sus aportaciones, corroborando que se encuentre al día en sus primas.
  - (2) El expediente será derivado al Departamento de Prestaciones de Salud de la IAFAS FOSMAR, para su evaluación por el área de Auditoría Médica, quien determinará si es procedente la activación del PLAN.
  - (3) El Departamento de Gestión del Asegurado será responsable de emitir la carta de respuesta a la solicitud del asegurado, la cual será enviada al domicilio consignado en su documento.
- c. Los gastos originados por prestaciones médico-quirúrgicas de emergencia o partos de emergencia realizadas en IPRESS extrainstitucionales sin autorización, solo podrán ser cobaturados en los casos señalados en la Ley N° 27604, "Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842", respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos, debiendo cumplir con regularizar la presentación de la solicitud, dentro de los TREINTA (30) días de la facturación emitida por las prestaciones de salud.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

DIPERMAR N° 08 - 22

**6.- EXCLUSIONES:**

a. El PLAN no cubrirá los siguientes tratamientos y/o gastos:

- (1) Enfermedades preexistentes, es decir, enfermedades hereditarias, congénitas, dolencias, patologías o condiciones de salud que se hayan originado antes de la afiliación al Plan o durante el periodo de carencia.
- (2) Medicamentos fuera del petitorio farmacológico del Centro Medico Naval "CMST".
- (3) Cirugía estética o plástica para fines cosméticos.
- (4) Prótesis dentales, ortodoncias e implante dental (salvo los requeridos por accidentes). No se cubre tratamientos odontológicos y/o cirugía maxilofacial fuera del Centro Médico Naval "CMST".
- (5) Adquisición de anteojos y cristales (lentes de contacto, intraoculares y queratoplastia).
- (6) Prótesis, suministro de muletas, aparatos o equipos ortopédicos.
- (7) Prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas (traumatología).
- (8) Prótesis, válvulas cardiacas e injertos vasculares.
- (9) Audífonos para hipoacusia.
- (10) Intento de suicidio y sus secuelas.
- (11) Enfermedades y/o accidentes a consecuencia del uso de estupefacientes o alcohol.
- (12) Accidentes como consecuencia de prácticas deportivas de alto riesgo (motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo, equitación, canotaje, alpinismo, etc.).
- (13) Accidentes de tránsito (en el monto cubierto por el SOAT).
- (14) Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías por esterilización, fertilización, tanto infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- (15) Cualquier trastorno originado por medicamentos o fármacos utilizados sin prescripción médica.



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

- (16) Los costos de atención por aborto provocado o intento de aborto no terapéutico.
- (17) Gastos por concepto de sangre y/o derivados y exámenes a donantes no calificados.
- (18) Gastos fuera del territorio nacional.
- (19) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados en centros médicos extrainstitucionales sin autorización previa, de acuerdo con lo determinado en el Reglamento correspondiente de la Institución.
- (20) Gastos por tratamientos de Cáncer e Infección por VIH-SIDA.
- (21) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos que médicamente sean considerados no necesarios (no sustentados en el concepto de medicina basada en evidencia, nivel de evidencia II (a) de la Agency For Healthcare 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.
- (22) 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).
- (23) 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.
- (24) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje no ocasionados por traumatismos, neoplasias, accidentes cerebro vasculares, enfermedades neurológicas y cuya cobertura haya sido previamente aceptada por las IAFAS (FOSMAR).

**7.- 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:



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD  
"SEGUNDA CAPA"**

**DIPERMAR N° 08 - 22**

- (1) Situación de salud del paciente al momento de la evacuación.
  - (2) Urgencia del 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 con 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.
- 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 ameriten 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.

**8.- DESAFILIACIÓN Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:**

- a. La desafiliación al PLAN y suspensión de la cobertura se dará en los siguientes casos:
- (1) Por decisión voluntaria, no teniendo opción a la devolución de sus aportes. Si desea reafiliarse, lo hará en las mismas condiciones y período de carencia que rigen para un afiliado nuevo.
  - (2) Por cancelación del proceso de asimilación del Titular a la Marina de Guerra del Perú.
  - (3) Cuando el Titular pasa a la situación militar de retiro por cualquier causal y pierda el derecho a pensión o la escala C-1 o C-2 para prestaciones de salud.
  - (4) En el caso del cónyuge, por divorcio, y por contraer matrimonio en el caso del (la) viudo(a).
  - (5) Por contraer matrimonio los hijos o hijastros derechohabientes afiliados (varones y mujeres).
  - (6) El Personal Militar que incumpla con los pagos de las primas mensuales por un periodo superior a TRES (3) meses consecutivos, podrá ser



**DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO**  
**DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD**  
**“SEGUNDA CAPA”**

DIPERMAR N° 08 - 22

desafiliado del PLAN y perderá la inscripción de sus familiares en el mismo. Su reinscripción se sujetará dentro de los alcances, beneficios, exclusiones y demás disposiciones consideradas en el marco normativo que se encuentre vigente a la fecha de su reafiliación; asimismo, no deberá contar con deudas que haya contraído con la IAFAS FOSMAR.

- (7) Cuando el Titular es pasado a la situación de disponibilidad por medida disciplinaria, imposibilitándose la percepción del aporte del Estado equivalente del SEIS POR CIENTO (6%) de la remuneración consolidada y el monto de la prima pactada. En este caso, el periodo de suspensión será equivalente al período que dure la sanción, teniendo derecho el afiliado a los beneficios después de los TRES (3) meses del periodo de carencia por reafiliación al PLAN.
  - (8) Cuando el Titular en situación militar de retiro suspende su derecho pensionario por motivos particulares, imposibilitándose la percepción del aporte del Estado equivalente al SEIS POR CIENTO (6%) de la pensión consolidada y el monto de la prima pactada. En este caso, el periodo de suspensión será equivalente al período que dure la solicitud del afiliado a suspender su goce pensionario a cargo de la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas (OPREFA), teniendo derecho el afiliado a los beneficios después de los TRES (3) meses del periodo de carencia por reafiliación al PLAN.
- b. Tras la desafiliación del PLAN, bajo ninguna forma se podrá pedir la devolución de las aportaciones.
  - c. 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.

**9.- DEL REINTEGRO POR GASTOS DE COBERTURA:**

- a. Los reintegros serán únicamente realizados al titular de la remuneración o pensión, y en caso de fallecimiento de este último, al heredero(a) de la pensión.
- b. En caso excepcional, se podrá reintegrar los pagos realizados al beneficiario afiliado, siempre en cuando este pueda comprobar el copago realizado.



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE II DEL ANEXO "A"**

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA  
DE PENSIONES MILITAR POLICIAL (CPMP)**

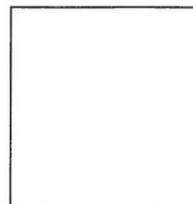
Yo, ..... Grado ..... en  
Situación de ....., identificado con CIP ..... y DNI .....  
Dependencia ..... domiciliado en .....  
Telf. Casa ..... Telf. Trabajo ..... Anexo ..... Celular .....  
Correo electrónico .....  
Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar el descuento mensual por  
concepto de Prestaciones de Salud Extrainstitucionales que percibo a través de la Caja de  
Pensiones Militar Policial, siendo los códigos de descuento autorizados los siguientes:

- 0001 PLAN ONCONAVAL
- 0002 PLAN SEGUNDA CAPA
- 0003 ATENCIONES EXTRAINSTITUCIONALES

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, será el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial (CPMP) sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré a dicha entidad.

Bellavista, ..... de ..... del 20.....

.....  
Firma y huella  
digital del Titular



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE III DEL ANEXO "A"**

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR EL PAGO  
DE LAS PRIMAS DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD "SEGUNDA CAPA"**

Yo, .....(GRADO, NOMBRES Y APELLIDOS) ..... CIP ..... y DNI ..... con  
domiciliado real en ..... Distrito  
..... Provincia ..... Departamento ..... Teléfono de Casa  
..... Número de Celular ..... E-MAIL  
.....

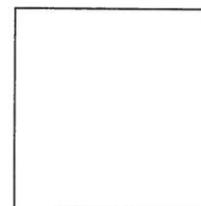
Por intermedio de la presente, en mi condición de Titular del Sistema de Salud Naval autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, a efectuar los trámites correspondientes para el descuento por el pago de las Primas del Plan Complementario en Salud "Segunda Capa" a través de mi boleta de pago de remuneraciones.

Asimismo, autorizo a que dicho descuento se haga efectivo en estricta observancia al Decreto Legislativo N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas – y el Decreto Supremo N° 010-2014-EF – Normas Reglamentarias para que las Entidades Públicas realicen afectaciones en la Planilla Única de Pagos.

Lugar: .....

Fecha: ..... de ..... del 20.....

.....  
(Firma)



Huella Digital



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE IV AL ANEXO "A"**

**MODELO DE SOLICITUD PARA ACTIVAR  
EL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD "SEGUNDA CAPA"**

SOLICITA: ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA DEL  
PLAN DE SEGUNDA CAPA

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

Sr. C. de N. ADM.

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

Que, conforme a las cláusulas pactadas en mi vigente póliza del  
Plan Complementario en Salud "Segunda Capa", solicito a Ud. tenga a bien  
disponer su correspondiente "Activación" para el financiamiento de las  
prestaciones de salud que vienen siendo atendidas por el Sistema de Salud Naval,  
en favor de (derechohabiente/titular) .....  
identificado con DNI. ....

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

**Se adjunta lo siguiente:**

- Copia del DNI
- Boucher de CCI o cuenta del banco

Bellavista, .....

Atentamente,

.....  
Firma



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE V DEL ANEXO "A"**

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL PLAN COMPLEMENTARIO  
EN SALUD "SEGUNDA CAPA"**

**TITULAR:** .....GRADO - APELLIDOS Y NOMBRES.....

**PACIENTE:** .....APELLIDOS Y NOMBRES.....

**CIP.:** .....

PLAN DE SEGUNDA CAPA		
NRO	SE SOLICITA:	INFORMACIÓN
1	FECHA DE AFILIACIÓN:	
2	FECHA DE DESAFILIACIÓN:	
3	REPORTE DE FAMILIARES INSCRITOS POR TITULAR (FÍSICO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	FECHA DE TÉRMINO DE PERIODO DE CARENCIA	
5	REPORTE DE ESTADO DE CUENTA PAGO DE PRIMA (FISICO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	EN CASO DE FALLECIMIENTO FECHA DE DEFUNCIÓN	-

ELABORADO POR:

FIRMA: .....

FECHA : .....



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE VI DEL ANEXO "A"**

**FICHA DE DESAFILIACIÓN  
DEL PLAN COMPLEMENTARIO EN SALUD "SEGUNDA CAPA"**

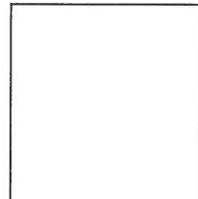
Yo, ..... Grado ..... en  
Situación de ....., identificado con CIP ..... y DNI .....  
Dependencia ..... Domiciliado en .....  
Telf. Casa ..... Telf. Trabajo ..... Anexo ..... Celular .....  
Correo electrónico .....

Por la presente, dejo expresa constancia de mi decisión para que los inscritos en el Plan Complementario en Salud "Segunda Capa" que a continuación indico, sean desafiados del mismo, por lo que autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a realizar los trámites necesarios para que se me exceptúe de los descuentos mensuales correspondientes, teniendo conocimiento que no tengo derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas,

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>D.N.I.</b>

Bellavista, ..... de ..... del 20.....

.....  
Firma y huella  
digital del Titular



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**APÉNDICE VII DEL ANEXO "A"**

**MODELO DE SOLICITUD PARA ACCEDER A ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL  
BAJO LA MODALIDAD DE REINTEGRO**

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

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

Sr. C. de N. ADM.

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

Que,.....

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

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

Bellavista,

Atentamente,

.....  
Firma



22 JUL 2022

DIPERMAR N° 08 - 22

**ANEXO "X"**

**LISTA DE DISTRIBUCIÓN**

- Todas las Unidades y Dependencias de la Marina de Guerra del Perú.

