



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



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.



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



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 (\$/ 1,500.00) para los afiliados con derecho a Categoría "1" y de DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/ 2,500.00), para los afiliados con derecho a Categoría "2", con un monto máximo de cobertura de VEINTICINCO MIL CON 00/100 SOLES (\$/ 25,000.00) en copago, el cual será contabilizado individualmente para cada afiliado, por un periodo de DOCE (12) meses.



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



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 coberturados 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



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



presentación de la solicitud, dentro de los TREINTA (30) días de la facturación emitida por las prestaciones de salud.

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 cardíacas 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.



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



- (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 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.



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



- 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 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).



IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ



- (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 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.