

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL IAFAS - CONTRATANTE



IAFAS
DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

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

Póliza N°	
Vigencia desde	
Vigencia hasta	

Consten en el presente documento las condiciones generales de **EL CONTRATO** del Plan de Salud Complementario Onconaval, que brinda LA IAFAS de la Marina de Guerra del Perú con R.U.C. N° 20555989912, con domicilio en Av. Venezuela cuadra 34 S/N Callao, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de la otra parte el **CONTRATANTE**, que en este caso será el **TITULAR** o familiar que accede a la pensión en caso de fallecimiento del **TITULAR**, el cual adquiere los beneficios y responsabilidades detallados en **EL CONTRATO**.

1. Datos del CONTRATANTE

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

2. Relación de ASEGURADOS afiliados por el CONTRATANTE

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

(*) Se consignará el "Parentesco" que tengan los ASEGURADOS con relación al CONTRATANTE.



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

CLAUSULAS GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

LA IAFAS otorga al **ASEGURADO** la cobertura de salud mediante el Plan de Salud Complementario Onconaval, que incluye garantías relativas al acceso, calidad y oportunidad de la atención, conforme a las condiciones, límites y reglas establecidas en las Cláusulas Generales y Particulares de **EL CONTRATO**, así como las disposiciones legales que resulten aplicables.

Asimismo, la cobertura comprende las condiciones asegurables, intervenciones y todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en **EL CONTRATO**.

Para efectos de las Cláusulas Generales y Particulares de **EL CONTRATO**, se denominará **ASEGURADO** a aquella persona que se encuentra afiliada de forma voluntaria por el **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA. - PARTES DEL CONTRATO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes:

1. **Relación de los ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **ASEGURADOS** al Plan de Salud Complementario Onconaval, los que pueden incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en **EL CONTRATO** y en las normas que lo regulan.
2. **Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**) y que rigen los contratos de afiliación con **LA IAFAS**, quien a su vez puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
3. **Cláusulas Particulares:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS en convenio o contrato, el aporte de la prima mensual y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA TERCERA. - DEFINICIONES

Para efectos de las cláusulas generales antes señaladas en **EL CONTRATO** y, en lo que resulte aplicable, a las cláusulas particulares, se entiende por:

1. **Acreditación:** es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el **TITULAR** y sus **ASEGURADOS** para tener derecho a la cobertura de salud.
2. **Afiliación:** es el proceso efectuado para la inscripción en un plan de aseguramiento en salud.
3. **Asegurado:** se refiere a toda persona beneficiaria residente en el país, que se encuentre bajo la cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (**AUS**).
4. **Aseguramiento Universal en Salud (AUS):** es el Sistema del Estado Peruano orientado a lograr que la población disponga de un seguro de salud durante toda su vida.
5. **Carta de Garantía:** es el documento que autoriza la atención del **ASEGURADO** en las IPRESS en convenio o contrato con **LA IAFAS**.
6. **Cobertura de salud:** son las prestaciones de salud financiadas por **LA IAFAS** a las que tienen derecho el **ASEGURADO**, en las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú e IPRESS Públicas y Privadas Extra-Institucionales debidamente registradas en **SUSALUD** dentro del territorio nacional.
7. **Cobertura financiera:** es el compromiso aceptado por **LA IAFAS** en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, de las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.
8. **Continuidad:** es el reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo Contrato.
9. **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que 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.
10. **Cuidado Paliativos y Terapia del Dolor:** son las complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico, que para su cobertura deben someterse a la Auditoría Médica respectiva
11. **Derechohabiente:** se considera derechohabientes al cónyuge o conviviente, a los hijos menores de edad, a los hijos hasta los VEINTIOCHO (28) años que se sustente a través de la Tarjeta de Identidad Familiar (T.I.F.) que son dependientes económicamente del **TITULAR** y a los hijos mayores de edad en condición de incapacitados de forma total y permanente para el trabajo.
12. **Diagnóstico:** es la calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos realizados, aun cuando este no haya sido informado a el **ASEGURADO**.
13. **Emergencia:** es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II por la norma técnica emitida por el Ministerio de Salud.
14. **Exclusiones:** son todas aquellas prestaciones no cubiertas por el Plan de Salud Complementario.
15. **Institución Administradora de Fondos de Salud de la Marina de Guerra del Perú (IAFAS):** son las instituciones públicas encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de servicio de salud de los **ASEGURADOS**.
16. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** son las Instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo brindar prestaciones de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del **AUS**, están obligadas a registrarse ante **SUSALUD**.
17. **Periodo de Carencia:** es el periodo de tiempo que debe transcurrir después de la afiliación para tener derecho a la activación de las coberturas de salud, una vez afiliado la persona.
18. **Periodo de Latencia:** es un derecho especial de cobertura que se otorga de forma posterior al cese de los aportes de la prima mensual.
19. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** es la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los **ASEGURADOS** por **LAS IAFAS** públicas, privadas o mixtas. Contienen garantías explícitas de oportunidad y calidad para el **ASEGURADO**.
20. **Preexistencias:** es la condición de alteración del estado de salud que un profesional médico colegiado diagnostica y comunica al **CONTRATANTE** o dependiente, la que no se encuentra resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud.
21. **Prestaciones de Salud:** es aquella acción o conjunto de ellas, prestados por IPRESS con la finalidad de mejorar el estado de salud de un individuo o comunidad.
22. **Prima:** es la cuota mensual que el **CONTRATANTE** aporta a **LA IAFAS** para la atención médica del **ASEGURADO**. El monto de la prima es determinado sobre el estudio de cálculos actuariales que debe realizarse de forma periódica.
23. **Reembolso:** es el reconocimiento y devolución de gastos por prestaciones de salud que el **ASEGURADO** se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.
24. **Siniestros:** es la ocurrencia o materialización de los riesgos amparados por **EL CONTRATO**. En el riesgo en salud, los siniestros son las atenciones médicas.



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

25. **Solicitud de reembolso:** Es el formato que debe utilizar el **ASEGURADO** para iniciar un trámite de reembolso.
26. **Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):** es el organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud del Perú, que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. Tiene como finalidad promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso de los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con dependencia de quien la financie.
27. **Tarjeta de Identidad Familiar (T.I.F.):** es el documento de identidad otorgado por la Dirección de Administración de Personal de la Marina de Guerra del Perú a los Derechohabientes y/o familiares en condición de dependencia debidamente autorizados.
28. **Urgencia:** es la situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA. – CONDICIONES PARA LA AFILIACION

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es facultativa y se realiza mediante el llenado y presentación de la presente póliza de suscripción, los formatos de autorización de descuento que se detallan en los **Anexos (a), (b) y (c)** y la Declaración Jurada de Salud que se detalla en el **Anexo (d)**. La afiliación se dará cuando **LA IAFAS** haya validado los indicados documentos.

El **CONTRATANTE** y sus **ASEGURADOS**, según corresponda deben contar con T.I.N. o T.I.F. vigente para su afiliación, siendo indispensable que este documento se encuentre vigente durante toda la vigencia de **EL CONTRATO**.

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es voluntaria, pudiendo el **CONTRATANTE** afiliarse a los **ASEGURADOS** que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a remuneración o pensión por quienes el Estado efectúa el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a **LA IAFAS**.
2. Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de la Marina de Guerra del Perú por quienes el Estado efectúa el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a **LA IAFAS**. Serán beneficiarios de forma personal e intransferible, mientras mantengan la citada condición en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
3. Cónyuge o conviviente reconocido legalmente de acuerdo con la normativa aplicable e inscrito en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
4. Hijo (s) e hijastro (s) menor (es) de edad que se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
5. Hijo (s) e hijastro (s) mayor (es) de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, quien podrá ser afiliado sin límite de edad, siempre y cuando el **TITULAR** acredite dicha condición con el Certificado de Discapacidad en el grado de "discapacidad severa", debiendo ser este documento expedido por el Centro Médico Naval "CMST" u hospitales del Ministerio de Salud.
6. Hijo (s) e hijastro (s) declarados judicialmente en apoyo y salvaguarda, de acuerdo con la normativa vigente.
7. Los derechohabientes, hijos e hijastros mayores de edad hasta cumplir los 28 años, en las siguientes condiciones: ser soltero, sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación técnico o superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica con tarjeta de identidad familiar (TIF) vigente aprobada por la Dirección de Administración de Personal de la Marina. Estos derechohabientes que hayan sido afiliados hasta este límite de edad podrán mantenerse afiliados en la medida que continúen realizando sus aportes a este Plan de Salud.
8. Los familiares que hayan heredado la pensión del **CONTRATANTE**, siendo requisito indispensable que el Estado continúe efectuando el aporte de la prima mensual del Plan de Salud Básico a **LA IAFAS**.
9. Los hijos recién nacidos del **CONTRATANTE** en caso sean diagnosticados de cáncer dentro de los CUARENTA Y CINCO (45) días de edad, tendrán cobertura en los gastos de tratamiento de la enfermedad por el Plan de Salud Complementario Onconaval, siendo requisito indispensable que al momento del nacimiento el **TITULAR** se encuentre afiliado al plan por un periodo mínimo de TRES (3) meses. Dentro del periodo de CUARENTA Y CINCO (45) días, deberá realizarse la inscripción del menor para considerarlo afiliado al plan, de no inscribirlo y vencido el plazo, quedará automáticamente sin cobertura del plan.

Los límites de edad para la afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval son los siguientes:

1. Para el **CONTRATANTE**, Cónyuge o Conviviente y familiares herederos de pensión, es hasta los SESENTA Y CINCO (65) años (permitido hasta los 64 años, 11 meses y 31 días de edad). Toda persona que haya sido afiliada antes de cumplir la edad indicada se mantendrá afiliada en la medida que continúe realizando el aporte de las primas mensuales.
2. Para los hijos o hijastros será hasta los 18 años; no obstante, podrán afiliarse a los hijos o hijastros desde los 18 años hasta los 28 años, siempre que acrediten que se encuentran estudiando y dependan económicamente del **CONTRATANTE**, debiendo encontrarse para ello debidamente registrados en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina.
3. La cobertura para los hijos o hijastros citados en el párrafo precedente continuarán siempre y cuando se mantengan al día en el pago de sus primas.
4. Para los hijos o hijastros mayores de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, sin límite de edad.

Asimismo, los padres, suegros e hijos mayores de 28 años que fueron afiliados al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes de octubre del año 2019, mantendrán la condición de afiliados en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes.

CLÁUSULA QUINTA. – PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE AFILIADO

1. **LA IAFAS** no brinda cobertura de salud a aquellas personas por las que el **CONTRATANTE** no aporta la prima mensual establecida en la **Cláusula Vigésima**, perdiendo el **ASEGURADO** la condición de afiliado por las siguientes causas:
 - a. El incumplimiento de DOS (02) aportes de prima mensual por parte del **CONTRATANTE**, originará la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, haciéndose efectiva la suspensión a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento según cronograma de aportes.
 - b. El incumplimiento de TRES (03) aportes de prima mensual, originará la desafiliación y resolución de **EL CONTRATO**. Para tal efecto, **LA IAFAS** mediante comunicación escrita o correo electrónico comunicará la deuda y otorgará un plazo máximo de QUINCE (15) días contados desde la fecha de notificación; en caso el **CONTRATANTE** no regularizará los aportes de prima adeudados, **EL CONTRATO** quedará automáticamente resuelto.
2. En caso el **CONTRATANTE** adeude menos de TRES (03) aportes de prima mensual y efectúe la regularización de los aportes de prima adeudados, volverá a contar con la cobertura de **EL CONTRATO** a partir del día siguiente de efectuado el pago.
3. Debe considerarse que la resolución de **EL CONTRATO** y consiguiente desafiliación de los **ASEGURADOS** al Plan Salud Complementario Onconaval, no libera al **CONTRATANTE** de las deudas que haya contraído con **LA IAFAS**.
4. El **CONTRATANTE** que desee realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones que rigen para un afiliado nuevo.

CLÁUSULA SEXTA. – COBERTURA DE SALUD



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

1. Las prestaciones de salud que **LA IAFAS** cobertura en el Plan de Salud Complementario Onconaval comprenden prestaciones de atención médica y de medicinas del Petitorio Farmacológico Naval, y se brindarán mientras el **CONTRATANTE** realice el aporte de la prima mensual de sus **ASEGURADOS**, de acuerdo con las siguientes consideraciones:
 - a. El periodo de carencia es de NOVENTA (90) días calendario contados desde la fecha del primer aporte de la prima mensual.
 - b. El periodo de latencia es de TREINTA (30) días calendario contados desde el último aporte de la prima mensual.
 - c. La cobertura para los **ASEGURADOS** iniciará transcurrido el periodo de carencia.
2. La cobertura de salud se brinda únicamente en el territorio nacional.
3. La cobertura de salud incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval 'CMST', y aquellos exámenes o procedimientos médicos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval 'CMST' se realizan en Centros Médicos Especializados del país con el que exista convenios y/o acuerdos, previa solicitud del Servicio de Oncología Médica y/o Junta Médica correspondiente a través del Director del Centro Médico Naval "CMST", y evaluación por parte de la Auditoría Médica Oncológica de **LA IAFAS**.
4. Las prestaciones de salud que cobertura el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:
 - a. Tratamiento oncológico convencional acorde a las guías de práctica clínica aprobadas por el Director del Centro Médico Naval "CMST" empleando como referencia las guías aceptadas internacionalmente según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO), hasta la categoría de evidencia 2A.
 - b. Tratamiento oncológico correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Esto incluye:
 - Tratamiento quirúrgico.
 - Radioterapia: braquiterapia, tratamiento conformacional 3D, 2D, radiofrecuencia y radiocirugía.
 - Tratamiento médico: quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica, terapia con modificadores de la respuesta biológica; como son los anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inmunoterapia antiangiogénicos y factores de crecimiento epidérmico (EGFR) e inhibidores de tirosina kinasa, dichos medicamentos deben estar incluidos en el petitorio farmacológico oncológico de vigencia anual.
 - c. Estos tratamientos para su cobertura deben estar disponibles en el Perú y recomendados en las guías de manejo de la NCCN hasta el nivel de categoría 2A, ESMO y aprobados por la Food and Drug Administration (FDA).
 - d. Exámenes y/o procedimientos especiales de ayuda diagnóstica para el manejo oncológico.
 - e. Cuidados paliativos y terapia del dolor oncológico hospitalarios.
 - f. Complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico debidamente autorizadas por la Auditoría Médica de **LA IAFAS**.
 - g. Servicio de ambulancia en caso de emergencia (prioridad I y II) bajo la modalidad de reembolso.
 - h. Traslado de pacientes hospitalizados en el Centro Médico Naval "CMST" a IPRESS Extra-Institucionales.
 - i. Entrega de medicamentos considerados en el Petitorio Farmacológico Onconaval aprobado. **LA IAFAS** mantendrá actualizada la información de las prestaciones de salud y medicamentos que cuentan con cobertura, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles actualizar la página web con las modificaciones aprobadas.
 - j. Daños derivados de intento de autoeliminación o lesiones auto infringidas por **ASEGURADOS** que tengan un diagnóstico de salud mental confirmado.

CLÁUSULA SEPTIMA. - PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, **LA IAFAS** cobertura al **ASEGURADO** las prestaciones de salud preventivas mediante la implementación de medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de enfermedades oncológicas (evaluación y control de riesgos), esto con la finalidad de preservar su buen estado de salud y minimizar los riesgos de su deterioro. Teniendo que cumplir el **ASEGURADO** con una permanencia en el plan de DOCE (12) meses y aportes de DOCE (12) primas.

CLÁUSULA OCTAVA. – EXCLUSIONES

Las prestaciones de salud excluidas (que no cuentan con cobertura de salud) por el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:

1. Casos preexistentes de enfermedades oncológicas (cáncer).
2. No se considera como preexistencias a aquellas enfermedades oncológicas que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan, que efectuó la cobertura de esta enfermedad oncológica durante el periodo inmediatamente anterior a la afiliación en el nuevo plan, siempre que se cumpla con lo dispuesto en el artículo 100° del Reglamento de la Ley N° 29344.
3. Enfermedades oncológicas (cáncer) detectadas durante el periodo de carencia.
4. Exámenes y/o procedimientos médicos previos al diagnóstico de enfermedad oncológica (cáncer), excepto exámenes preventivos oncológicos autorizados por **LA IAFAS**.
5. Enfermedades que no sean diagnosticadas como oncológicas (cáncer).
6. Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos que no hayan sido calificadas y aprobadas como "Estándares" por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la European Society for Medical Oncology (ESMO), hasta la categoría de evidencia 2° vigentes al momento de la atención y que cuenten con aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).
7. Trasplante de médula ósea, tejidos y órganos.
8. Cirugía estética o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo.
9. Reconstrucción mamaria, a excepción de los casos de mastectomía radical.
10. Gastos por cualquier tipo de traslado del paciente, gastos de acompañante, transporte o estadía, excepto lo estipulado en los beneficios (de acuerdo con la disponibilidad presupuestal).
11. Cualquier tipo de tratamiento fuera del territorio nacional.
12. Equipos audiovisuales y similares.
13. Gastos originados por los pacientes que no cumplen con las indicaciones clínicas, terapéuticas y procedimientos establecidos por el médico tratante.
14. Gastos originados por los pacientes que acuden por su cuenta a IPRESS sin contar con la autorización de la Dirección Ejecutiva de **LA IAFAS**, excepto casos de emergencia oncológica (Prioridad I y II) ocurridas por neoplasia activa.
15. Medicamentos no contemplados en el Petitorio de Medicinas Oncológicas vigente del Plan de Salud Complementario Onconaval.
16. Medicamentos y tratamientos experimentales o en investigación.
17. Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas. Medicinas homeopáticas y medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA.
18. Cuidados paliativos y terapia del dolor domiciliarios.
19. Cualquier prestación de salud cubierta por el Plan de Salud Básico.
20. Los tamizajes de los donantes de hemoderivados a transfundir (paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitados y similares), con excepción de las muestras aceptadas para la donación.

CLÁUSULA NOVENA- INICIO DE LA COBERTURA



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Transcurrido el periodo de carencia de NOVENTA (90) días calendario y efectuado el pago del tercer aporte de la prima mensual, se podrá iniciar la cobertura del Plan de Salud Complementario Onconaval con la presentación del formato del **Anexo (e)** y el resultado anatomopatológico, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. En los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables se presentará un informe médico anexando los exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y de laboratorio). En ambos casos, los expedientes serán verificados por el Departamento de Gestión del Asegurado y Auditoría Médica del Departamento de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS** para la posterior activación del plan.
2. Para el caso de tumores no biopsiables operables, se iniciará la activación de los beneficios del Plan una vez confirmada la patología de cáncer, previa verificación por parte de la Auditoría Médica del Departamento de Prestaciones de Salud y posterior autorización de la Dirección Ejecutiva de **LA IAFAS**.
3. En caso la intervención quirúrgica y/o biopsia no sea posible o recomendable por el médico tratante y no se cuente por tal motivo con el resultado anatomopatológico, deberá ser autorizado y auditada por **LA IAFAS**.
4. Para que la activación de los beneficios sea efectiva, será necesario que transcurra un periodo de carencia, el mismo que será de NOVENTA (90) días, contados a partir de la fecha del primer descuento o pago en cuenta, asimismo deberá contar con TRES (3) aportes y su póliza vigente, después de lo cual podrá acceder a todos los beneficios que ofrece el plan.
5. Los **ASEGURADOS** inscritos en el plan oncológico que deseen que su recaudo se contabilice en la fecha más próxima, el podrán realizar el pago a través de cuenta recaudo de **LA IAFAS** de acuerdo con lo siguiente:
 - a. En la ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por **LA IAFAS**, indicará el plan a pagar "ONCONAVAL".
 - b. Indicar nombre y código de recaudo vigente.
 - c. Deberá proporcionar el número de DNI y nombre completo del **CONTRATANTE**.
 - d. Indicar la cantidad a pagar de acuerdo con las primas mensuales y el número de meses a cancelar.
 - e. Al culminar el pago, enviar el voucher escaneado al correo difosmar.cuentascorrientes@iafasfosmar.pe
6. Una vez realizado el procedimiento de activación del Plan Onconaval, deberá solicitar el código ON en la Oficina de Atención al Usuario de **LA IAFAS**, el cual irá consignado en el carné oncológico.
7. Para la elaboración del carné oncológico de acuerdo con los datos registrados en su DNI deberá dejar una copia fotostática del mismo
8. La confección del carné se realizará en un plazo de DOS (2) días hábiles, siendo los miércoles y viernes los días designados para el recojo del mismo en la Oficina de Atención al Usuario.
9. Para la actualización del diagnóstico oncológico por una nueva patología, se deberá ingresar por el área de atención al usuario el nuevo informe anatomopatológico que sustente dicho diagnóstico, con la finalidad de actualizar en el sistema la nueva patología, así como adicionarlo en el carné oncológico, para su respectiva cobertura.

CLÁUSULA DECIMA. - LUGARES DE COBERTURA

En caso las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuenten con la capacidad resolutoria para realizar la prestación de salud oncológica, se referirá al **ASEGURADO** a una de las IPRESS Extra-Institucional con convenio y/o contrato vigente que se encuentran detalladas en la página web (<https://iafasfosmar.pe>).

LA IAFAS mantendrá actualizada la información de la IPRESS Extra-Institucionales con convenio y/o contrato vigente que brindan cobertura oncológica, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles, efectuar la actualización en la página web <https://iafasfosmar.pe/convenios>, en caso se interrumpa o cese el servicio por parte de alguna de estas IPRESS.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA. - REAJUSTE DE PRIMAS Y/O COPAGOS

En la actualidad el plan de aseguramiento no tiene límites ni topes de monto anual a financiar; sin embargo, de acuerdo con los estudios de sostenibilidad financiera se pueden generar incremento en el aporte de prima mensual según evaluación de los patrones de morbilidad y la estructura poblacional afiliado.

LA IAFAS deberá comunicar mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga la intención de reajustar los aportes de prima mensual, debiendo considerar los siguientes plazos:

1. Comunicar al **CONTRATANTE** y **ASEGURADO** con una anticipación no menor a CUARENTA Y CINCO (45) días útiles previos al vencimiento de la vigencia de **EL CONTRATO**, la intención de reajustar los aportes de la prima mensual.
2. El **CONTRATANTE** cuenta con TREINTA (30) días calendario contados desde la fecha que recibió la comunicación, para comunicar a **LA IAFAS** su inconformidad con el reajuste.

Culminado los plazos detallados en los numerales del párrafo precedente y de no mediar comunicación por parte del **CONTRATANTE**, se efectuará la renovación automática de **EL CONTRATO**.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA. - INFORMACIÓN

LA IAFAS debe poner a disposición del **CONTRATANTE**, UNA (01) copia de **EL CONTRATO** a fin de que este informado de las coberturas, exclusiones y condiciones con que cuenta el Plan de Salud Complementario Onconaval.

EL CONTRATO podrá ser puesto a disposición del **ASEGURADO** de forma física, mediante correo u otros medios electrónicos con que se disponga, conforme al artículo 13° del Reglamento de la Ley N° 29414.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA. - DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Como documento obligatorio previo a la afiliación, el **CONTRATANTE** deberá llenar y presentar su Declaración Jurada de Salud y la Declaración Jurada de Salud de los derechohabientes que afiliará al Plan de Salud Complementario Onconaval que se detalla en el **Anexo (d)**.

En caso requerirse documentación adicional para dar continuidad al proceso de afiliación, el **CONTRATANTE** deberá cumplir con presentar la documentación requerida en un plazo no mayor de TREINTA (30) días calendario.

LA IAFAS se obliga a mantener la confidencialidad de los documentos presentados, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA. - PLAZO CONTRACTUAL

La vigencia de **EL CONTRATO** es de UN (01) año, y de no mediar modificaciones previamente informadas, quedará automáticamente renovado por el mismo plazo y en los mismos términos.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA. - DOMICILIO



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Las partes señalan como domicilio el que indica el **TITULAR** al momento de su afiliación, siendo este el lugar a donde se dirigirán todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a **EL CONTRATO**. El **TITULAR** es responsable de comunicar oportunamente a **LA IAFAS** la variación del domicilio, número telefónico y correo electrónico particular, por ser necesarios para una comunicación rápida y efectiva. En caso de que el **CONTRATANTE** no comunique oportunamente la variación de su domicilio, y **LA IAFAS** se vea en la necesidad de remitir comunicaciones físicas, estas se entregarán al domicilio registrado, considerándose como recibida por el **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre el **ASEGURADO** y **LA IAFAS**, derivadas de **EL CONTRATO**, serán resueltas a través de conciliación o arbitraje en el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR).

CLÁUSULA DECIMOSEPTIMA. - RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO queda resuelto en los siguientes casos:

1. Mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del **TITULAR / CONTRATANTE** (*)
3. Desvinculación del **TITULAR / CONTRATANTE** con la Marina de Guerra del Perú, debiendo considerarse que la desvinculación se da cuando el Estado no tiene la obligación de aportar a **LA IAFAS** para la cobertura de salud del **TITULAR** y sus **ASEGURADOS**, en el Plan de Salud Básico.
4. Que el **CONTRATANTE** no aporte la prima mensual detallada en la **Cláusula Vigésima**.
5. En caso el/la **CONTRATANTE** se divorcie, se mantendrá la condición de **ASEGURADO(A)** al excónyuge mientras permanezca registrado(a) como derechohabiente en la base de datos de la Dirección de Administración del Personal, quedando resuelto **EL CONTRATO** cuando sea excluido(a) de la indicada base de datos.
6. Desafiliación voluntaria efectuada por el **CONTRATANTE**.

(*) En el caso de los asegurados que estuvieron relacionados al **TITULAR / CONTRATANTE** fallecido, se deberá crear una nueva póliza considerando la continuidad de la cobertura, previa validación de la **CLAUSULA QUINTA** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA. - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o mediante proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de **LA IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del Acto Administrativo y de **EL CONTRATO**.

CLAUSULA DECIMONOVENA. – PROCESO DE DESAFILIACION

Cuando el **CONTRATANTE** decida desafiliarse o desafiliar a algún familiar inscrito en el Plan de Salud Complementario Onconaval, deberá llenar, firmar y presentar en **LA IAFAS** el formato del **Anexo (f)**.

CLÁUSULAS PARTICULARES

CLÁUSULA VIGESIMA. – PRIMA MENSUAL

1. El aporte de la prima mensual por persona afiliada al Plan de Salud Complementario Onconaval, será asumido por el **CONTRATANTE**, el mismo que se hará efectivo a través de la planilla única de remuneración o pensión, de acuerdo con el detalle que se muestra en el siguiente cuadro; pudiendo este ser variado unilateralmente por la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo con la normativa vigente:

Aporte para cobertura de	Monto por aportar		
	de 0 a 28 años	de 29 a 49 años	de 50 años a mas
Titular	S/. 19.00	S/. 22.00	S/. 23.00
Conyugue / Conviviente	S/. 19.00	S/. 22.00	S/. 23.00
Hijos e Hijastros	S/. 19.00	S/. 30.00	S/. 50.00
Padres / Suegros (*)		S/. 30.00	S/. 50.00

NOTA:

Los padres y suegros afiliados hasta el año 2019, continuarán con los beneficios establecidos conforme lo dispone el artículo 4º numeral 6 de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal.

2. En el caso que al **CONTRATANTE** por alguna razón no se le pueda descontar a través de la planilla única de remuneración o pensión, éste podrá efectuar dichos pagos a través de los medios de pago con los que cuenta **LA IAFAS**, siendo de su entera responsabilidad el encontrarse al día en el pago de las primas. Asimismo, estas modalidades de pago se aplicarán para el caso de los **ASEGURADOS** inscritos que no cuentan con beneficio de pensión.
3. En caso fallezca el **CONTRATANTE**, los familiares que hubiera asegurado, podrán continuar afiliados al plan siempre que continúen realizando el pago de la prima correspondientes.
4. El **CONTRATANTE** que desafilie a algún **ASEGURADO** o a la totalidad de sus **ASEGURADOS** del plan, no tendrá derecho a la devolución de sus aportaciones. Si desea realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones de período de carencia que rigen para un afiliado nuevo, de tener deudas con el presente plan deberá cancelarlas antes de su reinscripción.
5. El **CONTRATANTE** que pase a la situación militar de retiro, deberá acercarse a **LA IAFAS** para solicitar y presentar el formato de autorización de descuento de la Caja de Pensiones Militar Policial, dicho formato también podrá ser descargado desde la página web, www.iafasfosmar.pe, a fin de continuar con los descuentos por planilla de pensiones.
6. Mientras dure el proceso de asignación de pensión, el **CONTRATANTE** deberá realizar el pago de las primas correspondientes al plan utilizando cualquiera de los siguientes medios:
 - a. Página web (Aplicativo "MI CUENTA").
 - b. Aplicativo de la entidad bancaria dispuesta por **LA IAFAS**.
 - c. Ventanilla de la entidad bancaria dispuesta por **LA IAFAS**, a través de la cuenta de recaudo IAFAS ONCONAVAL

El detalle de la entidad bancaria y cuenta de recaudo se encuentra publicado en la página web: www.iafasfosmar.pe.

CLÁUSULA VIGESIMOPRIMERA. - PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ:

Como documento obligatorio para la atención oncológica en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, se deberán presentar los siguientes documentos:

OFICINA CENTRAL: Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista	Atención al cliente: Lima: (01) 500 2690 WhatsApp: 929 465 425	Página web www.iafasfosmar.pe
---	---	---



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

1. TITULARES. - Carné Oncológico emitido por **LA IAFAS**, Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de identidad Naval (TIN) vigente.
2. ASEGURADOS. - Carné Oncológico emitido por **LA IAFAS**, Documento Nacional de Identidad (DNI) y Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente.

CLÁUSULA VIGESIMOSEGUNDA. - PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN IPRESS EXTRA- INSTITUCIONALES:

Para la atención oncológica en IPRESS Extra-Institucionales, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Para el caso donde existen IPRESS de la Marina de Guerra del Perú con capacidad de atenciones oncológicas, son autorizadas únicamente en caso sustenten que cuenta con limitaciones de especialistas, equipamiento médico y/o reactivos, para realizar los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos oncológicos que requiere el **ASEGURADO**, debiendo para tal efecto efectuarse el requerimiento mediante el Formato del **Anexo (g)**.
2. Para el caso de regiones en las que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuentan con capacidad de atenciones oncológicas, la IAFAS dispondrá los medios físicos o digitales, a fin de atender la demanda de prestaciones de salud a través de la emisión de la carta de garantía.
3. Las Cartas de Garantía son emitidas por **LA IAFAS** previa evaluación de la necesidad y complejidad de la prestación de la salud requerida, así como de la disponibilidad en la red de IPRESS Extra-Institucionales para su atención.
4. Las Cartas de Garantía son confeccionadas y entregadas al **ASEGURADO** de forma digital o física, siendo su responsabilidad gestionar la cita con la IPRESS Extra-Institucional y asistir a la cita en la fecha programada.
5. Al momento de asistir a la cita programada, el **ASEGURADO** deberá presentar en la IPRESS Extra-Institucional la Carta de Garantía y la Orden Médica, así como el Acta de Conformidad detallada en el **Anexo (h)**.
6. En caso el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado y no cuente con familiar responsable, será responsabilidad de la IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, el velar por la continuidad de atención y gestionar la respectiva cita.
7. Finalizada la prestación de salud, el **ASEGURADO** firmará el acta de conformidad y coordinará con la IPRESS Extra- Institucional la fecha de entrega de los resultados y/o informe médico.

Para la autorización de atenciones en IPRESS Extra-Institucionales, **LA IAFAS** verificará y agotará todos los recursos existentes en el Sistema de Salud de la Marina para la atención de los **ASEGURADOS**.

CLÁUSULA VIGESIMOTERCERA. – PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS

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

Al elegir esta modalidad, el afiliado deberá presentar un expediente para solicitar el reembolso por el Plan de Salud Complementario Onconaval, debiendo considerar lo siguiente:

1. Estar al día en sus aportes mensuales al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes vigente.
2. Se efectuará el reembolso por los casos de emergencias oncológicas ocurridas por neoplasia activa que a continuación se detallan:
 - a. Emergencias Metabólicas:
 - Síndrome de lisis tumoral
 - Hipercalcemia maligna
 - Secreción Inadecuada de vasopresina
 - Acidosis Láctica
 - Hipoglicemia
 - Insuficiencia adrenal
 - b. Emergencias Estructurales:
 - Compresión medular
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hipertensión endocraneana
 - Taponamiento cardíaco
 - Obstrucción de vía aérea
 - Síndrome pilórico
 - Obstrucción intestinal
 - Obstrucción de Vía Biliar
 - Obstrucción de vía urinaria
 - c. Asociadas al tratamiento:
 - Neutropenia Febril
 - Síndrome de Lisis Tumoral
 - Reacciones Infusionales
 - Colitis Neutropénica
 - Colitis Hemorrágica
 - d. Adicionalmente Emergencias Prioridad I y II relacionadas al diagnóstico oncológico.
3. Después de realizada la atención, tiene como máximo TREINTA (30) días calendarios, desde la fecha de emisión de la factura para presentar los documentos descritos como requisitos para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.
4. Deberá firmar y presentar la solicitud para devolución por gastos efectuados según modelo del **Anexo (i)**, que será llenado en las Oficinas de Atención al Usuario de **LA IAFAS** de la Marina de Guerra del Perú, el día que se acerque a presentar todos los documentos solicitados para el trámite, en caso de que faltase algún documento, el expediente no será tramitado.
5. En caso de emergencias (accidental o médica), adjuntar copia de la Hoja de Emergencia y/o Historia Clínica, resultado de exámenes y el detalle con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos. En caso corresponda a Cirugía u Hospitalización, adjuntar copia del Informe Médico y/o Epicrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detalle de costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
6. Comprobante de pago autorizado por la SUNAT (Factura Electrónica) a nombre de "**LA IAFAS** de la Marina de Guerra del Perú" identificada con N° de RUC: 20555989912; solo en el caso que la IPRESS cuente con registro habilitado en SUSALUD y no emita factura electrónica, se aceptará como comprobante de pago la boleta electrónica a nombre del **ASEGURADO**.
7. En caso la factura electrónica exceda el importe de SETECIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/700.00), y en caso en el expediente no se encuentre adjunto la constancia de auto deducción, se descontará la retención o deducción que corresponda y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.
8. Los reembolsos solicitados por recibos por honorarios electrónicos que excedan los MIL QUINIENTOS SOLES (\$/ 1,500.00), estarán sujetos a la aplicación de la retención del 8% y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.
9. De acuerdo con el Decreto Legislativo N° 1529 mediante el cual han modificado varias disposiciones de la Ley N° 28194, Ley para la lucha contra la evasión y para la formalización de la economía (TUO aprobado por D.S. N° 150-2007-EF), especialmente en cuanto a reforzar la obligación de usar medios de pago en las operaciones ("bancaización"), todo pago mayor o igual a DOS MIL SOLES (\$/2,000.00), para



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

efecto de reembolso, deberá ser bancarizado y entregado los voucher originales de los distintos medios de pago (depósito en cuenta, transferencia, tarjetas de crédito y débito y/o pagos POS)

10. No se autorizarán reembolsos originados bajo automedicación.
11. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.
12. El Plan de Salud Complementario Onconaval se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a Clínicas, Centros de Salud, y otros proveedores que no se encuentren debidamente acreditados ante SUSALUD.
13. En caso de no presentar el detallado con costos de farmacia, se aplicará el descuento del 25% al monto total.
14. Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

El trámite de "Autorización de Reembolso" será evaluado por el Departamento de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**, dentro del plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles desde la fecha de recepción de todos los documentos, los que se computará desde el día siguiente de la recepción por mesa de partes. De ser pertinente, el pago se realizará dentro de los TREINTA (30) días calendario computados desde el día siguiente de la aprobación por parte de la Auditoría Médica.

En caso el expediente sea observado, se notificarán estas observaciones al **ASEGURADO** a través de un oficio, en donde además se detallará el tiempo máximo de días calendario otorgados para el levantamiento de las observaciones, tiempo que iniciará a partir de la fecha de la notificación.

No se aceptarán las solicitudes de reembolso originadas bajo automedicación o auto referencia, cabe precisar que el Plan de Salud Complementario Onconaval se reserva el derecho de excluir de la cobertura financiera los reembolsos por atenciones en Clínicas, Centros de Salud, profesionales de la salud independientes y otros proveedores que no cuenten con Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS).

Toma de conocimientos

A través de la presente declaro haber leído y estar de acuerdo con lo establecido en **EL CONTRATO**.

Bellavista, ____ de _____ del 20 ____

EL TITULAR

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS
DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

ANEXO A

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN (OGA)

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web
www.iafasosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Yo.....CIP:.....DNI:.....,domicilio real:.....
.....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 de Salud Complementario Onconaval a través de mi boleta de pago de remuneraciones.

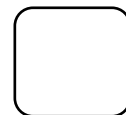
Asimismo, autorizo a que dicho descuento se haga efectivo en estricta observancia al Decreto Legislativo N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud de Las Fuerzas Armadas – y el Decreto Supremo N° 010- 2014-EF- normas reglamentarias para que las entidades públicas realicen afectaciones en la planilla única de pagos.

Lugar:

Fecha: de del

Huella Digital

.....
(FIRMA)



ANEXO B

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....CIP:.....DNI:.....,domicilio real:.....
.....distrito: provincia: departamento:
teléfono de casa:número de celular: e-mail:

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar el descuento por concepto de prestaciones de salud extra-institucionales, así como las aportaciones respectivas a los Planes de Salud Complementario Onconaval y Segunda Capa, sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial, siendo los códigos de descuento autorizados los siguientes:

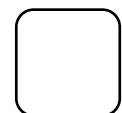
- 0001 Plan Onconaval
- 0002 Plan Segunda Capa
- 0003 Atenciones Extrainstitucionales

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 sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré a dicha entidad.

Bellavista, de del 20.....

.....
FIRMA

D.N.I. (CE)



Huella Digital

ANEXO C

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (OPREFA)



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Yo.....CIP:.....DNI:.....domicilio real:.....
distrito: provincia: departamento:
 teléfono de casa:número de celular: e-mail:

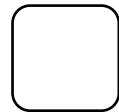
Por intermedio de la presente, en mi condición de titular del Sistema de Salud Naval autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar los trámites correspondientes para el descuento por el pago de las primas del Plan de Salud Complementario Onconaval a través de 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 Fondo 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

.....
(FIRMA)



Huella Digital

ANEXO D

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo Grado
 Situación CIP. DNI. Dependencia
 Domiciliado en: Telf. Casa
 Telf. Trabajo anexo celular Correo Electrónico

Marque con un (X) según corresponda: Si la respuesta es afirmativa, ampliar la información solicitada

Personal propuesto para afiliación	Titular		Conyugue		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4		Hijo 5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Tiene o ha tenido tumores benignos o malignos, o Cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?														

Si respondió afirmativamente, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro

Nombre y apellido de la persona tratada	Diagnostico de la enfermedad o dolencia	Fecha de atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Declaro bajo juramento que las respuestas dadas en la presente Declaración Jurada de Salud son verídicas y completas; por lo que cualquier omisión simulación o falsedad hará perder todo derecho de afiliación en el presente Plan de Salud Complementario Onconaval, asumiendo el declarante las responsabilidades éticas y legales resultantes del presente acto.

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

.....
FIRMA DEL TITULAR

D.N.I.



Huella Digital

ANEXO E

FORMATO DE SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DEL PLAN ONCONAVAL

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



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

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, habiendo recibo el informe anatómico-patológico positivo de cáncer del Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Naval "CMST" u otro centro médico especializado, solicito a Ud. tenga a bien disponer el visado del informe antes mencionado por el Auditor Médico, la activación de cobertura Oncológica y la creación del código ON, para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- UN (1) Informe anatómico patológico de fecha/...../.....
DIAGNÓSTICO:

POR LO EXPUESTO:
A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista, de del 20.....

RECIBIDO POR

FIRMA

FECHA AFILIACIÓN:
ESTADO CUENTA:
ULTIMO MES DE PAGO:

V°B°
AUDITOR MÉDICO

ANEXO F

FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Yo, Grado.....
Situación CIP DNI Dependencia
Domiciliado en:
Telf. Casa: Telf. Trabajo: Anexo Cel.
Correo electrónico.....

Deseo que la persona inscrita en el Plan de Salud Complementario Onconaval, que a continuación indico:

Apellidos y Nombres:

Parentesco: Nro. DNI:

- Sea desafiada del plan de salud complementario (.....); o,
- Pague directamente el valor de la prima (.....),

Debido a lo siguiente (Marque obligatoriamente una "X" el motivo correspondiente o especifique el motivo en "Otros"):

- Cuenta con otro Seguro Oncológico Nombre del Seguro:
- Costo elevado de la Prima (información necesaria para la verificación en el Sistema de SUSALUD)
- Divorcio (Adjuntar partida de matrimonio con anotación de disolución de matrimonio)
- Fallecimiento (adjuntar certificado de defunción)
- Otros

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.

Asimismo, el Titular firmante de la presente solicitud EXPRESA SU CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD de los efectos de esta solicitud, por lo que en caso MI PERSONA EN CONDICIÓN DE TITULAR y/o MI DERECHOHABIENTE sea diagnosticado con cáncer y no se encuentren debidamente afiliados al Plan Onconaval, no podrá ser coberturados por la IAFAS FOSMAR.

Bellavista, de del 20....

Firma del Titular

NOTA 1: Este formato será presentado en original y por cada familiar a desafiliar del Plan Onconaval o de su cobro.

NOTA 2: Para el caso del motivo de desafiliación por causal de "Divorcio", el Titular que no pueda acreditar dicha condición deberá presentar una Declaración Jurada de conocimiento de desafiliación (Anexo 1) o la solicitud de continuidad en el Plan de Salud Onconaval (Anexo 2) debidamente firmadas por el o la cónyuge.

APÉNDICE I DEL ANEXO "F"

DECLARACIÓN JURADA

Yo con D.N.I. y con domicilio en



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

....., calle.....Nº.....,Distrito.....Provincia.....
Departamento....., declaro haber tomado conocimiento de que mi cónyuge (a) me ha desafiliado del Plan de Salud Complementario Onconaval, **EXPRESANDO MI ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD** de dicha desafiliación. Asimismo, he tomado conocimiento y he recibido la información por parte de IAFAS FOSMAR que a partir de la fecha ya no me corresponde la cobertura oncológica del Plan Complementario Onconaval, siendo de mi entera responsabilidad dicha decisión.

ASIMISMO:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que en mi condición de derechohabiente **EXPRESO MI ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD** que mi Plan de Salud Básico que ofrece la IAFAS FOSMAR, sólo me ofrece cobertura hasta el diagnóstico oncológico, y en caso de enfermedades oncológicas no tendré derecho a cobertura oncológica para el tratamiento, medicamentos, terapias, rehabilitación y cualquier otro tipo de prestación de servicio de salud vinculado al tratamiento de enfermedades oncológicas.

En a de de 20..

Firma.....

APÉNDICE II DEL ANEXO "F"

SOLICITO : Continuar como afiliada - beneficiaria en el Plan de Salud Complementario Onconaval

SEÑOR CONTRALMIRANTE ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ
SR. CALM. :

Yo..... identificado con Nº de CIP..... y Nº de DNI..... domiciliado en , teléfono Nº....., correo electrónico..... autorizo la notificación del resultado de la solicitud al correo consignado (marcar): Si () No ()

Ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi condición de afiliado(a) del Plan de Salud Básico, por ser derechohabiente del titular de conformidad con lo señalado en el artículo 82 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado mediante el Decreto Supremo Nº 008-2010-SA y de la Ley Nº 30181, solicito **CONTINUAR COMO AFILIADA-BENEFICIARIA** en el Plan de Salud Complementario Onconaval, asumiendo la OBLIGACIÓN de realizar el pago mensual correspondiente a la prima del citado plan, a través de la cuenta de recaudo "IAFAS ONCONAVAL" con código (7673) en el Banco BBVA, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** sobre los alcances, condiciones, coberturas, exclusiones y demás requisitos establecido en el Plan de Salud Complementario Onconaval. Adicionalmente, expreso que en caso pierda mi condición de DERECHOHABIENTE, no podré continuar como afiliada – beneficiaria del plan de salud complementario onconaval, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** para que la IAFAS FOSMAR proceda a desafiarme sin derecho a pedir la devolución de los aportes que haya efectuado.

Asimismo, **DECLARO HABER SIDO INFORMADO** por IAFAS FOSMAR que de acumular TRES (3) primas sin pagar en forma consecutivas, seré desafiliado (a) de manera automática del Plan de Salud Complementario Onconaval, sin derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

Atentamente

.....

Firma

ANEXO G

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN EXTRA-INSTITUCIONAL (FRAE)



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Nota:

- Para los requerimientos fuera del área de Lima y Callao, el Formato deberá ser llenado de acuerdo a lo establecido en el Oficio S.1000-623 del Director Ejecutivo de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú de fecha 23 de abril del 2019.
- El Formato deberá ser presentado adjuntando el informe médico y/u orden médica que sustente el requerimiento, así como el Documento

	FRAE N°AÑO 20.....									
	SERVICIO SOLICITANTE			FECHA				N° ATENCIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR			GRADO	ESP.	TELEF.			C.I.P.	DNI.	
UNIDAD / DEPENDENCIA				ACTIVIDAD		DISPONIBILIDAD		RETIRO	FALLECIDO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE				TIT.	ESP.	HIJ.	PAD.	SUEG.	DNI.	
HOSPITALIZADO	SALA			CAMA		EDAD		CÓDIGO ONCONAVAL		
PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA								CIE 10		
1										
2										
3										
EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO								CPMS		
1										
2										
3										
COBERTURA IAFAS FOSMAR										
TITULAR TARIFA NO REMUNERADA: COBERTURA 100%			FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA 80% - COPAGO 20%				ASEGURADOS ONCONAVAL: COBERTURA 100%			
PRIORIDADES										
EMERGENCIA (1)			URGENCIA (2)				AMBULATORIO (3)			
DATOS A SER LLENADOS POR LA IPRESS NAVAL										
FIRMA DEL PACIENTE			FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE				FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO			
AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / JEFE DE LA IPRESS NAVAL										
1	Según normas de MINSA, se catalogan como prioridad I Y II . Requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud, requiere atención y procedimiento médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal y equipamiento.									
2	Son situaciones que no existe riesgo inminente de muerte, se requiere rápida intervención médica, para prevenir complicaciones mayores.									
3	Es toda condición que no es emergencia o urgencia, que son exámenes y/o tratamientos electivos y programables.									

Nacional de Identidad (DNI) y la Tarjeta de Identidad Naval (TIN) o Tarjeta de Identidad Familiar (TIF), según corresponda.

ANEXO H

FORMATO DE ACTA DE CONFORMIDAD

ACTA DE CONFORMIDAD

OFICINA CENTRAL:
Av. República de Venezuela, cuadra 34 S/N Bellavista

Atención al cliente:
Lima: (01) 500 2690
WhatsApp: 929 465 425

Página web
www.iafasfosmar.pe



CONTRATO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Por medio de la presente se otorga la conformidad por el servicio de atención médica y/o procedimiento extrainstitucional a solicitud de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo con lo siguiente:

Carta de garantía: ACG N° de fecha:
paciente: DNI/CIP:
titular: DNI/CIP:
diagnóstico:
examen y/o procedimiento realizado:
monto valorizado:

En tal sentido, las Instituciones representadas por las siguientes personas, suscriben la presente acta en señal de conformidad el díadel mes de del año 20.....

.....
Antefirma, firma y sello
Institución Prestadora
(IPRESS y/o Profesional de la Salud)

.....
Antefirma y firma
del paciente

.....
Antefirma y firma
del titular

Nota:

La presente Acta de Conformidad será remitida por la Institución Prestadora (IPRESS) y/o Profesional de la Salud, a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, correctamente llenada, con letra legible, firmada y con los sellos respectivos, documento con el cual se dará inicio al trámite de pago correspondiente.

ANEXO I

SOLICITUD DE DEVOLUCION POR GASTOS EFECTUADOS

SOLICITA: DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS

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

Yo, identificado con
N° de CIP..... y N° de DNI....., domiciliado en
.....
actualmente laborando en con teléfono N° y
correo electrónico....., autorizo la notificación del resultado de la solicitud al
correo consignado, según sea su elección marcar Si () No (), ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo efectuado gastos por el concepto de
....., ascendente a la
suma de SOLES (S/.), los cuales fueron autorizados
previamente por esa Dirección Ejecutiva, mediante solicito a Ud. señor Capitán de Navío ADM. tenga
a bien disponer el reembolso correspondiente, para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Factura a nombre de IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, RUC. 20555989912, Dirección Av. Venezuela Cdra. 24 S/N° Bellavista – Callao
- Liquidación de los gastos incurridos (Honorarios, procedimientos, laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos).
- Copia de historia clínica, informe médico o evidencia que sustente la prestación
- Copia del DNI.
- Voucher de Cuenta Bancaria y CCI (Código de Cuenta Interbancaria)
- Solo en el caso de contar con una Autorización de IAFAS FOSMAR adjuntar copia del documento Autorizado y/o MN.

Bellavista,

Atentamente,

.....
Firma